

D.C.A.

Nº 5

CUADERNOS FEDACE SOBRE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

LOGOPEDIA Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



Federación Española de Daño Cerebral

Av. General Perón, 32 - 8º C • 28020 MADRID • Tel.: 91 417 89 05
Fax: 91 417 89 06 E-mail: info@fedace.org • www.fedace.org



TALLER DE LOGOPEDAS DE FEDACE



OBRA SOCIAL

**LOGOPEDIA Y
DAÑO CEREBRAL
ADQUIRIDO**

Madrid, septiembre 2.007
Edita: Federación Española de Daño Cerebral FEDACE
ISBN 13-978-84690-7355-1

Con la colaboración de:
Obra Social CajaMadrid
Real Patronato Sobre Discapacidad

LOGOPEDIA Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

PRESENTACIÓN

Hace un año iniciamos la experiencia formativa de los Talleres FEDACE sobre daño cerebral. El resultado fueron cuatro grupos de trabajo entre profesionales de las Asociaciones (Trabajadores Sociales, Neuropsicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Directivos) que, además de poner en común los conocimientos y la práctica profesional sobre diferentes aspectos de la atención al daño cerebral, han sentado las bases de una comunicación y colaboración que va más allá de los propios talleres.

Los Cuadernos FEDACE sobre DCA, es la publicación en la que se sintetiza el intercambio de experiencias, y lo que nació como “una apuesta por la divulgación del conocimiento sobre el Daño Cerebral, desde un enfoque multidisciplinar y con un sentido eminentemente práctico” constituye ya un referente de interés, no sólo para nuestras asociaciones, sino que también los solicitan muchos profesionales y entidades que, fuera del ámbito del movimiento asociativo, trabajan en instituciones de carácter educativo y sociosanitario.

A lo largo de este año se han producido acontecimientos que conviene destacar. En la presentación de los Cuadernos de 2.006 hablábamos de la labor de las 22 asociaciones y más de 200 profesionales. Este año son ya 25 las asociaciones territoriales federadas (más dos que tienen solicitado el ingreso) y los profesionales contratados y voluntarios que trabajan en las asociaciones superan los 400.

Otro hecho de especial relevancia en este periodo ha sido la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. A través de los órganos de representación de la discapacidad el DCA ha estado y seguirá estando pendiente del desarrollo reglamentario de esta ley para garantizar respuestas a las necesidades de nuestro colectivo.

También hemos conseguido reconocimiento expreso, mediante acuerdo de Consejo de Ministros del 24 de agosto de 2.007, de la declaración del 26 de Octubre como Día Nacional del DCA. Esta celebración nos va a ayudar a trasladar a la opinión pública la realidad del daño cerebral y la situación de las personas afectadas y sus familias.

En este contexto se ha llevado a cabo el Taller de Logopedia y Daño Cerebral Adquirido. Hemos mantenido el formato básico del año pasado, incorporando algunas modificaciones para facilitar el trabajo de los profesionales e incorporando las aportaciones de un profesional especializado en el diagnóstico y rehabilitación del DCA como es el neuropsicólogo Dr. Joan Deus

Sólo nos queda agradecer la actitud y el buen trabajo de los profesionales, en este caso de los logopedas, que son los autores de este documento que estamos seguros resultarán de gran interés para los lectores.

FEDACE / Madrid, septiembre de 2007



PRÓLOGO

La logopedia es parte importante y necesaria en la rehabilitación de afectados por Daño Cerebral Adquirido. Recuperar o mantener el lenguaje y la comunicación se convierten en objetivos indispensables de todo afectado por D.C.A., puesto que es vehículo de interacción social y, como tal, necesario para la reintegración y normalización de la vida de estos afectados.

La finalidad de estos talleres se halla en la puesta en común de las necesidades, conocimientos, recursos... que los profesionales de las distintas asociaciones poseen en lo referente a temas relacionados con comunicación y lenguaje.

Los objetivos de trabajo planteados son los siguientes:

Creación de una línea de trabajo común a todos los profesionales de la logopedia de las Asociaciones de Daño Cerebral, que incluya diagnóstico, tratamiento y evaluación.

Desarrollo del conocimiento sobre comunicación y lenguaje en pacientes con Daño Cerebral Adquirido, de cara tanto a los profesionales de las Asociaciones como a otros profesionales
Fomentar la integración de los logopedas en los equipos multidisciplinares tanto de las nuestras Asociaciones como de otros colectivos.

Contamos además con la colaboración de un profesional altamente cualificado en el diagnóstico y rehabilitación de afectados por D.C.A. , como es el dr. Joan Deus, neuropsicólogo.

Estos talleres han girado en torno a tres temas básicos: la realización de un marco teórico que englobe las implicaciones del daño cerebral en la comunicación, las líneas básicas de diagnóstico e intervención y el daño cerebral en la infancia .

Con la puesta en común de las experiencias de los profesionales de las asociaciones y las aportaciones de nuestro colaborador, se ha creado esta guía. Su objetivo es que sirva de orientación y consulta tanto para los logopedas de las asociaciones como para otros profesionales.

Sabemos que hay más temas que tratar y que, probablemente, los temas elegidos hubieran necesitado mayor extensión en su tratamiento, pero el tamaño de la guía obligaba a que fuera así. De esta manera, se convierte en un primer paso para el trabajo en común de los profesionales de esta área.

Los asistentes a estos talleres, gracias a los cuales se ha podido realizar este libro, han sido:

Leonila Gómez Bernardi, de ADACCA, Cádiz

Belén Lerma Pazos, de ADACECO, Coruña

María Urdaniz Huget, de ADACEN, Navarra

Loli García Castro, de ADACEN, Navarra

Pilar Cervel Nieto, de APANEFA, Madrid

Patricia Jaime Frenegal, de ATECEA, Zaragoza



M^a Carmen Gil Vicente, de ATENEO, Castellón
Verónica González Gálvez, de DACE, Sevilla
Montse López Fernández, de RENACER, Ourense
Angélica Vila Teira, de SARELA, Santiago
Daniel Rodríguez Boggie, de TRACE, Barcelona
Oliver Ruyman-Martín, de ADACEA, Alicante

Agradecemos, también, la colaboración de Conchita Royán, logopeda de TRACE, Barcelona, por el trabajo realizado.

Han sido los coordinadores de estos talleres y de la realización de esta guía:
José Fco. San Mateos Valenzuela, de ATECE-Araba
Carmen Álvarez Zubizarreta, de ATECE-Araba



INDICE

I.- MARCO TEÓRICO	13
1.- Definición general de Daño Cerebral	14
a) Concepto básico	
Definición de Daño Cerebral desde un enfoque logopédico	
b) Implicaciones en la comunicación y otras secuelas	
c) Fases de la rehabilitación	
- Crítica	
- Aguda	
- Subaguda y rehabilitación intensiva	
- Fase de atención a largo plazo y readaptación	
d) Equipo intradisciplinar	
- Definición	
- Quién lo forma	
2.- Definición de logopedia y funciones	16
- Perfil profesional del logopeda	
- Valoración logopédica del lenguaje, habla, voz y otros	
- Intervención logopédica	
- Relación con las familias	
- Relación con otros profesionales: médico rehabilitador, neurólogos, otorrinos...	
- Formación continua	
3.- Fundamentos de la comunicación	20
4.- Alteraciones logopédicas secundarias al Daño Cerebral	21
a) Lenguaje:	
- afasias	
- alexia	
- agrafia	
- acalculia	



b) Habla

- disartria
- apraxia del habla
- apraxia vs disartria

c) Disfagia

d) Alteraciones de las habilidades sociales

e) Otras alteraciones

5.- Criterios de pronóstico y recuperación	28
6.- Confidencialidad y protección de datos	28

II.- VALORACIÓN E INTERVENCIÓN _____ **29**

1.- Tratamiento _____ **30**

a) Intradisciplinar

b) Logopédico

2.- Fases de la intervención en personas afectadas por D.C.A.: Rol profesional del logopeda en cada una de las diferentes fases _____ **32**

a) Fase crítica

b) Fase aguda

c) Fase subaguda y rehabilitación intensiva

c) Fase de atención a largo plazo y readaptación

3.- Evaluación y tratamiento de las alteraciones logopédicas secundarias a un D.C.A. ____ **35**

3.1.- Lenguaje _____ **35**

a) Test estandarizados

b) Afasia

- **Árbol de decisión diagnóstica en afasias**
- **Plan terapéutico**
- **Sugerencias a tener en cuenta durante la intervención**
- **Material básico**
- **Tratamiento específico de las afasias**



- Terapia logopédica en grupo
- Recuperación espontánea
- Orientación a las familias

c) Alexia

- Evaluación del proceso lector
- Intervención

d) Agrafia

- Agrafias centrales
 - Superficial
 - Fonológica
- Agrafias periféricas
 - Nivel grafémico
 - Nivel alográfico
 - Procesos motores

3.2.- Habla _____ 59

a) Evaluación (ANEXOS)

b) Tratamiento

- Relajación
- Respiración
- Fonación
- Resonancia
- Articulación
- Prosodia

3.3.- Disfagia _____ 60

a) Introducción

b) Anatomía de la deglución

- Control neurológico de aferencias/ eferencias de la deglución

c) Exploración clínica de la disfagia

d) Diagnóstico de la disfagia neurógena: exploraciones complementarias



- videofluoroscopia
- manometría faringo-esofágica

e) Clasificación de los pacientes con disfagia

f) Intervención

- Fases de la alimentación
- Aspectos a tener en cuenta
- Técnicas de tratamiento
 - Compensatorias
 - Terapéuticas

4.- Sistemas alternativos/ aumentativos de comunicación _____ 67

a) Concepto

b) Objetivo

c) Sistemas de comunicación aumentativa en disartrias

d) Sistemas de comunicación aumentativa en afasia

e) Sugerencias para tratar con personas que emplean sistemas alternativos de comunicación

III.- DAÑO CEREBRAL EN LA INFANCIA _____ 71

1.- Introducción _____ 72

2.- Alteraciones logopédicas secundarias a un D.C.A. infantil _____ 73

a) Lenguaje

- Retraso simple del lenguaje
- Disfasia o Trastorno específico del lenguaje
- Afasia infantil

b) Tratamiento de trastornos de lecto- escritura

- Alexia vs. dislexia
- Disgrafía



c) Acalculia

d) Habla

- Disartrias

-Dificultad en prosodia

e) Disfagia

- Deglución atípica

- Sialorrea

3.- Evaluación y diagnóstico _____ 78

a) Entrevista familiar

b) Protocolos de evaluación

- Prelocutivo

- Postlocutivo

c) Diagnóstico

4.- Intervención _____ 81

a) Coordinación

- Intradisciplinar

- Multidisciplinar

b) Propuestas metodológicas

c) S.A.A.C., deficiencias visuales y auditivas

- Definición

- Objetivos generales

- Algunos ejemplos

- S.A.A.C. en sordoceguera

d) Orientación para familias y escuelas

e) Seguimiento y reajustes

IV.- ANEXOS _____ 89



PARTE I

MARCO TEÓRICO

1.- DEFINICIÓN GENERAL DE DAÑO CEREBRAL

a) Concepto básico:

Definición de Daño Cerebral desde un enfoque logopédico.

El Daño Cerebral Adquirido es una lesión que se produce en las estructuras cerebrales de forma súbita en personas que, habiendo nacido sin ningún tipo de daño en el cerebro, sufren en un momento posterior de su vida, lesiones en el mismo como consecuencia de un accidente o una enfermedad.

Entre las causas principales del DCA están los Traumatismos Craneoencefálicos y los Accidentes Cerebrovasculares (Ictus). Los primeros afectan principalmente a personas jóvenes, en su mayoría hombres y las causas más importantes son los accidentes de circulación y la siniestralidad laboral. Los Accidentes Cerebrovasculares afectan a una población de más edad en la que predominan las mujeres.

Como consecuencia de ello, las personas afectadas presentan déficits y discapacidades que comprometen el adecuado funcionamiento independiente en la sociedad y les impiden alcanzar un empleo productivo.

Los déficits físicos -disminución de la prensión o de las habilidades motoras finas, limitaciones para la deambulación, reducción de la visión o el oído, serios problemas en el habla, problemas para deglutir..... tienden a ser los más obvios y fáciles de entender. Sin embargo, las alteraciones cognitivo-conductuales y psicosociales que siguen a los D.C.A. tienden a ser menospreciadas, aún cuando dificultan la reintegración con éxito en la sociedad e imposibilitan en

muchos casos la adquisición y mantenimiento del empleo a largo plazo. Entre los déficits cognitivos más frecuentes tras el daño cerebral se encuentran los fallos de memoria, reducción de la atención y concentración, problemas visoespaciales y visomanipulativos, habilidades de razonamiento reducidas y una pobre planificación y capacidad de organización, déficits todos ellos, que influyen significativamente en las capacidades de comunicación y en la rehabilitación de las mismas.

b) Implicaciones en la comunicación y otras secuelas

La alteración de la comunicación puede venir derivada como consecuencia de la alteración de las habilidades físicas y cognitivas o la combinación de las dos. Cuando se trata de alteraciones físicas, se puede producir una alteración de la expresión oral (debido a la pérdida de control de los músculos fonarticulatorios), escrita (pérdida de control de las extremidades superiores) o de la comprensión (pérdida de la capacidad de audición o interpretación de sonidos).

Así mismo, existen alteraciones del lenguaje que producen la incapacidad para la expresión oral o la comprensión oral, a pesar de que el aparato locomotor permanezca intacto (por ejemplo, alguien que podría hablar, pero no encuentra las palabras). En este caso, se trata de una alteración de los procesos básicos del lenguaje (comprensión, expresión) denominada de forma genérica afasia. Otras secuelas que están directamente relacionadas con la comunicación son los déficits cognitivos o intelectuales: Las



alteraciones cognitivas más habituales son déficits de aprendizaje y memoria, déficits atencionales, alteraciones del lenguaje (comprensión y expresión), alteraciones del pensamiento formal (razonamiento lógico-deductivo, resolución de problemas, abstracción) y alteraciones en la regulación de la conducta propositiva o dirigida a una meta (planificación, iniciación, autorregulación conductual).

c) Fases de la rehabilitación

- ✓ **Fase crítica (0-6 meses):** es aquella fase en la que el que el paciente se encuentra ingresado en el hospital, normalmente en la Unidad de Cuidados Intensivos de hospitales / clínicas. En esta fase nuestra labor fundamental es de asesoramiento a las familias para enfocar la futura rehabilitación y aprovechamiento de todos los recursos que vayan apareciendo de cara a la comunicación del paciente.
- ✓ **Fase aguda (6 - 12 meses):** es en esta fase cuando se suelen valorar las secuelas del daño cerebral y suele coincidir con el traslado a planta del paciente. La labor del logopeda en esta fase es fundamental para rehabilitar los problemas de disfagia y trastornos de deglución que puedan aparecer, además de empezar con una estimulación cognitiva y sensorial enfocada a la comunicación.
- ✓ **Fase subaguda (12- 36 meses):** se considera que es en esta fase cuando comienza la rehabilitación más intensiva de cara a recuperar el máximo de capacidades afectadas después del daño cerebral.

- ✓ **Fase de atención a largo plazo y readaptación (crónica) (más de 36 meses):** en esta fase los pacientes acuden a asociaciones, centros de día, centros especializados... La rehabilitación está enfocada a continuar recuperando capacidades afectadas y fundamentalmente a no perder aquellas que se han conseguido recuperar en la fase anterior.

d) Equipo Intradisciplinar

- **Definición:** el equipo intradisciplinar está compuesto por un grupo de profesionales que se encargarán de la atención de los pacientes con una determinada patología, en nuestro caso son los pacientes de las Asociaciones de Daño Cerebral y el equipo intradisciplinar está compuesto por los profesionales que trabajan en dichas Asociaciones.

- **Quién lo forma:** varía mucho de unos sitios a otros dependiendo fundamentalmente de factores como la antigüedad de la asociación , el tipo de pacientes a los que atiende, los recursos que posee...pero el equipo ideal estaría formado por los siguientes profesionales:

- Neurólogo/a
- Neuropsicólogo/a
- Fisioterapeuta
- Logopeda
- Terapeuta Ocupacional
- Trabajador/a Social
- Educador/a social
- Integrador/a social
- Otros (cuidadores/as, animadores/as socioculturales...)

El equipo intradisciplinar deberá reunirse al inicio de la rehabilitación del paciente para que cada profesional comente los



objetivos prioritarios de cada área además de tener reuniones a lo largo de la rehabilitación para valorar la evolución del paciente y solucionar posibles problemas que pudieran surgir o decidir cambios de estrategias en la terapia, además será en estas reuniones donde cada profesional dará pautas de su área a los demás profesionales implicados en la rehabilitación del paciente. En el caso de los logopedas darán pautas de comunicación y deglución a los demás profesionales.

La frecuencia de estas reuniones se establecerán en función de las necesidades y del funcionamiento interno de cada asociación.

2.- DEFINICIÓN DE LOGOPEDIA Y FUNCIONES

- Perfil profesional del logopeda

La logopedia, es una disciplina científica del área de la salud que se encarga de estudiar la comunicación humana y sus desórdenes a nivel de lenguaje, habla-voz y audición, realizando actividades de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico e intervención del proceso comunicativo tanto en niños, adultos y ancianos.

A partir de dicha definición y en consecuencia, el logopeda es un profesional con conocimientos que lo habilitan para el diagnóstico y la prevención de las deficiencias de la comunicación en las áreas de la voz, habla y el lenguaje. Cabe destacar

por su importancia las alteraciones de la deglución que se dan en personas con DCA. Hoy en día, el logopeda se enfrenta a nuevas secuelas a las que tiene que dar solución, como es el caso de la disfagia. Para las personas, la alimentación supone una función primaria que nos permite ingerir los alimentos y líquidos necesarios para sobrevivir, así como una actividad de gran trascendencia en lo que hábitos sociales se refiere.

Un elevado porcentaje de pacientes con lesiones cerebrales adquiridas presenta alteraciones en la comunicación. Dichas alteraciones pueden comprometer tanto a los procesos de expresión como a los de comprensión en sus diferentes modalidades (voz, habla, lenguaje). La mayoría de los casos presenta una combinación de diversas alteraciones de la comunicación lo que complica su diagnóstico y su rehabilitación. La actividad profesional del logopeda va dirigida a la prevención, evaluación, tratamiento y estudio científico de los trastornos de la comunicación humana y engloba funciones asociadas a la comprensión y a la expresión del lenguaje oral y escrito, así como, establecer un sistema alternativo de comunicación en aquellos que han perdido dicha capacidad.

En el libro blanco de logopedia realizado por ANECA (Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación) se recogen las siguientes competencias profesionales específicas del logopeda:

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

1. Diseñar, implementar y evaluar acciones de prevención de los trastornos de la comunicación y el lenguaje.



2. Explorar, evaluar y diagnosticar en su caso los trastornos de la comunicación y el lenguaje y establecer un pronóstico de evolución.
3. Participar en el proceso de evaluación y diagnóstico pluridisciplinar de trastornos que afectan a la comunicación y el lenguaje
4. Usar las técnicas e instrumentos de exploración propios de la profesión y registrar, sintetizar e interpretar los datos aportados integrándolos en el conjunto de la información.
5. Comunicar de manera oral y escrita sus observaciones y conclusiones al paciente, a sus familiares y al resto de profesionales que intervienen en su atención.
6. Dominar la terminología que les permita interactuar eficazmente con otros profesionales.
7. Conocer los límites de sus competencias y saber identificar cuándo en necesario un tratamiento interdisciplinar
8. Aplicar los tratamientos logopédicos con los métodos, técnicas y recursos más eficaces y adecuados.
9. Establecer los objetivos y etapas de los tratamientos que aplica
10. Adaptar su actuación a las diferentes etapas evolutivas del ser humano
11. Explicar y argumentar el tratamiento seleccionado
12. Evaluar la propia intervención profesional para optimizarla
13. Seleccionar e implementar sistemas alternativos y aumentativos de comunicación adaptados a las condiciones físicas, psicológicas y sociales de sus pacientes
14. Facilitar el aprendizaje de sistemas alternativos y aumentativos de comunicación así como el diseño y uso de prótesis y ayudas técnicas necesarias
15. Mejorar las habilidades comunicativas en la población general
16. Asesorar a familias y al entorno social de los usuarios, favoreciendo su participación y colaboración en el tratamiento logopédico
17. Trabajar en los entornos escolar, asistencial y sanitario formando parte del equipo profesional
18. Asesorar en la elaboración, ejecución de políticas de atención y educación sobre temas relacionados con la Logopedia
19. Comprender y valorar las producciones científicas que sustentan el desarrollo profesional del logopeda.
20. Elaborar informes de exploración y diagnóstico, seguimiento, finalización y derivación

-Valoración logopédica del lenguaje, voz, habla y otros.

La evaluación del lenguaje se hará conjuntamente con la valoración cognitiva realizada por el neuropsicólogo. La meta global de la evaluación será, descubrir tanto las competencias como las dificultades más

importantes que tiene el paciente para expresar y entender el contenido de su lengua.

La evaluación no depende tanto, de la valoración subjetiva del clínico, sino de todo un proceso en el que se combina la entrevista, la observación, la administración



de pruebas, la evaluación continuada, el pronóstico y la necesidad de que todo ello sirva para elaborar un plan de intervención adaptado a la persona.

La valoración del lenguaje se realizará desde los siguientes niveles:

- nivel fonológico
- nivel léxico
- nivel morfológico
- nivel sintáctico
- nivel semántico
- nivel pragmático
- nivel comprensivo

La valoración de la producción del habla, y de la voz generalmente se realiza con la siguiente secuencia:

VALORACION HABLA

- Valoración de la respiración
- Valoración de la fonación
- Valoración de la articulación
- Valoración de la resonancia
- Valoración de la prosodia

También se realiza el examen de la función de deglución, ya que en el DCA, encontramos frecuentemente alterada esta función.

- Intervención logopédica

El plan de intervención logopédico, integrado en el plan general de rehabilitación del paciente, se plantea a través de diferentes momentos de actuación que comprenden:

- La evaluación del lenguaje, voz y habla
- La formulación de objetivos
- La metodología
- La programación

- Las condiciones materiales y los recursos
- La evaluación de la eficacia de la reeducación.

El modelo de intervención en el DCA hace necesario tener en cuenta una serie de características referidas a este colectivo en cuanto a la preservación de su capacidad funcional, necesaria para el mantenimiento de su independencia y por tanto lograr un nivel de satisfacción elevado. Los objetivos han de estar adaptados a las características del paciente, en donde en muchas ocasiones, más que la recuperación total de la función no factible, se ha de pensar en como preservar las habilidades que se mantienen o como paliar los déficits. El principal objetivo de la intervención en las diferentes alteraciones será dotar al paciente de una comunicación funcional.

En algunas ocasiones las actuaciones logopédicas se harán de forma grupal, de forma que sean menos fatigantes, se sientan más relajados y fomente las relaciones dentro de la dinámica de grupo.

- Relación con las familias

El papel de las familias en el proceso de la rehabilitación debe ser destacado, especialmente en las etapas de generalización de los avances. Resulta imprescindible contar con las familias como coterapeutas para garantizar el éxito de los programas. Al compartir con los pacientes el mayor número de horas, se encuentran en una posición única para registrar los déficit y progresos de la persona afectada, van a comunicar la evolución del paciente en su entorno natural, así como al administrar las pautas logopédicas.



En relación con el tratamiento logopédico, supone un trabajo adicional, ya que hay que explicar y educar a los miembros de la familia sobre cuales son las pautas y la forma en que deben aplicarse.

También el logopeda se encarga de transmitir información al paciente y a sus familiares, informando de las características del trastorno detectado y de las medidas de mejora.

El desarrollo eficaz de las tareas de intervención que mejoran la comunicación del paciente, va a lograr una reducción de la carga del familiar, o cuidador principal. La pérdida de la comunicación entre familia y paciente es una de las variables que más influye en el mantenimiento de la ansiedad por parte del cuidador.

- **Relación con otros profesionales**

El logopeda es un profesional necesario en todo equipo de evaluación y rehabilitación de DCA. Si bien, debido a la complejidad y variedad de las diferentes secuelas que presentan los pacientes con daño cerebral (motoras, neuropsicológicas, neuropsiquiátricas, somáticas, etc.) es necesario un abordaje multidisciplinar tanto en lo que respecta a la evaluación como en lo que se refiere a la rehabilitación.

El logopeda va a trabajar de forma coordinada con los diferentes profesionales implicados con el paciente. Se pueden distinguir dos niveles básicos:

1º Una coordinación interna con el equipo de profesionales del centro de rehabilitación que trabajan con el paciente día a día.

Tras la valoración se pondrán en marcha los protocolos de actuación específicos,

que han de incluir las adecuadas medidas potenciadoras, mantenedoras o bien recuperadoras de los déficits potenciales. También, se podrá aprovechar la colaboración del resto de profesionales (neuropsicólogo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, cuidadores, etc.) para que el trabajo logopédico no se limite al tiempo de sesión y se pueda generalizar.

Aunque el logopeda realice una serie de funciones específicas de él, como miembro del equipo multidisciplinar, deberá participar en todas las líneas y proyectos de investigación desarrollados dentro del equipo.

2º Una coordinación externa con equipos específicos, servicios sanitarios y servicios sociales. El logopeda será el profesional que, con el asesoramiento del otorrinolaringólogo, del foniatra, del neurólogo y del médico rehabilitador, se encargue de evaluar al paciente, diseñar y ejecutar un programa de rehabilitación a su medida. Además su trabajo formará parte del diseño de un plan terapéutico global que permitirá optimizar el tiempo, los recursos y las intervenciones.

Por todo ello el abordaje integral del paciente por parte de un equipo multidisciplinar es el marco ideal de evaluación y rehabilitación de las alteraciones que presente.

- **Formación continua**

Para que las intervenciones sean de mayor calidad y efectividad, el logopeda debe de tener una sólida base de conocimientos y una frecuente actualización de ellos. Principalmente la formación continua se desarrollará en torno a dos grandes áreas:



a) Área logopédica:

- Trastornos de la comunicación, el lenguaje, el habla, la audición, la voz y las funciones orales no verbales
- Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico
- Principios, funciones y procedimientos de la intervención logopédica
- Anatomía y fisiología de los órganos del habla, audición, voz y deglución
- Neurología y neuropsicología del lenguaje, el habla, la audición y la voz
- Nuevas tecnologías, de la comunicación y la información

b) Otras áreas de rehabilitación:

Las alteraciones motóricas, cognitivas, conductuales, etc. de los pacientes con DCA deben ser conocidas y tenidas en cuenta por el logopeda.

Y del mismo modo, el resto de profesionales (médico rehabilitador, neuropsiquiatra, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) deben conocer la patología de la comunicación del paciente y colaborar en su rehabilitación, por lo que el logopeda debe formar al resto de profesionales que componen el equipo en lo que sea necesario.

Por último, y por su importancia, hay que hacer referencia a la investigación, como otra de las actividades que el logopeda deberá incluir dentro de sus formación, ya que a través de ella, a la vez que podrá contestar a las preguntas metodológicas que puedan surgirle, podrá realizar un control y un seguimiento de los pacientes y protocolos que está desarrollando y de esta manera conocer su grado de efectividad.

3.- FUNDAMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

Las habilidades fundamentales en la producción del lenguaje parecen ser inherentes a la estructura biológica de los cerebros humanos. El cerebro humano esta preparado para aprender y usar el lenguaje.

El hombre para comunicarse utiliza una serie de conductas que hacen que pueda interactuar con otras personas. Quizás la conducta más significativa que utiliza es el lenguaje verbal, pero a pesar de su importancia, no quiere decir que sea la única, ni mucho menos que la comunicación se reduzca al lenguaje verbal.

El lenguaje verbal nos permite transferir ideas, sentimientos, pensamientos, mediante mecanismos complejos.

Existen diversos estudios desde la neuropsicología que intenta explicar las múltiples arquitecturas funcionales en el ámbito del lenguaje. Entre ellos, podemos citar algunos como los modelos de Ellis y Young (1988), el modelo de Kay, Lesser y Coltheart (1992) y el modelo de Lecours, Peña-Casanova y Diéguez (1998). Para poder entender los trastornos producidos por el DCA, es de vital importancia conocer como funciona el sistema de procesamiento lingüístico en condiciones normales. Son muchos los mecanismos que forman este sistema; unos nos permiten percibir y comprender el habla, otros nos permiten realizar producciones orales, otros mecanismos se encargan del lenguaje lecto – escrito, y por último, citar tanto los responsables de la comprensión como de la producción de oraciones. Todos estos procesos o

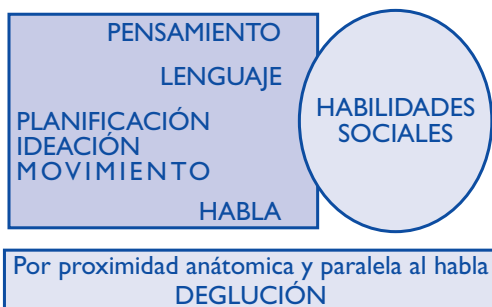


mecanismos, tienen necesariamente una base neurobiológica.

Debido a la complejidad de los procesos del lenguaje, no se conoce con gran exactitud cuáles son las zonas exactas de cada mecanismo, pero además, resulta difícil separar dichos mecanismos ya que en cualquier tarea lingüística por sencilla que sea, entran en interacción muchas áreas cerebrales.

Este procesamiento citado anteriormente, nos permite interpretar los trastornos o alteraciones que podemos encontrar cuando nos enfrentamos ante una lesión cerebral. Dependiendo del mecanismo o componente dañado se producirán unas u otras alteraciones.

El siguiente cuadro resume de forma visual (de lo más abstracto a lo más concreto) la arquitectura funcional compleja del cerebro y los diferentes componentes que hacen posible la comunicación humana. Asimismo en relación con las áreas de trabajo de la logopeda hemos querido tener en cuenta a la deglución por proximidad anatómica y paralela al habla se ha convertido en las últimas décadas en un área importante de evaluación e intervención.



4.- ALTERACIONES LOGOPÉDICAS SECUNDARIAS AL DAÑO CEREBRAL



a) Alteraciones del lenguaje: AFASIA

La afasia consiste en un trastorno del lenguaje ocasionado por una lesión cerebral en una persona que previamente podía hablar con normalidad. El trastorno afásico se caracteriza por trastornos en la emisión de los elementos sonoros del habla (**parafasias**), déficit de la comprensión y trastornos de la denominación (**anomia**).

Las afasias pueden presentarse durante o después de la adquisición del lenguaje. En la afasia raramente hay una abolición total de las capacidades expresivas. Descartando la fase inicial, regularmente se conservan elementos hablados, incluso en las afasias más severas.

Tratándose de un trastorno producido por una lesión cerebral que incapacita para la elaboración del lenguaje, debe tenerse en cuenta que en la afasia se ven afectadas todas las modalidades de éste. Por tanto, el trastorno no se reduce a la expresión o comprensión hablada, sino también a la escrita. En general, las capacidades expresivas del lenguaje gestual también se ven mermadas, así como otras modalidades del lenguaje de que el sujeto pudiese disponer (morse, lenguaje de signos, etc.).

El sujeto afásico no solamente presenta un problema del lenguaje. Una lesión cerebral puede desorganizar distintos sistemas funcionales, por lo cual el estudio

detallado de un paciente afásico no debe limitarse solamente al estudio de su lenguaje, sino del conjunto de sus funciones neuropsicológicas.

AFASIAS	LESIÓN	SINTOMAS						OTROS
		FLUIDEZ	COMPRENSIÓN	REPETICIÓN	DENOMINACIÓN	LECTURA	ESCRITURA	
BROCA	Pie de la 3° circunvolución frontal	<ul style="list-style-type: none"> ↓ leng. Espontáneo muy reducido • Elocución lenta, más laboriosa • Disprosodia • Agramatismo (distinta severidad: holofrase o leng. Telegráfico) 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ • puede tener problemas en textos y leng. Complejo. 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ • debida a problemas articulatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ • problemas de evocación léxica-> falla en la realización de la palabra pero tienen el significado -> al intentar superar el problema aparecen parafasias 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ • voz baja -> mejor. • Voz alta -> habla. • Mejor que escritura 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ • = problema que leng. Oral. • Agrafia: Muy grave Hemiplejía drch. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fase aguda: Anartria-> estereotipia
TRANSCORTICAL MOTORA	Delante del A. de Broca	<ul style="list-style-type: none"> ↑ • articulación conservada # Broca. • Pérdida de incitación verbal. • Respuestas lacónicas. • Leng. proposicional muy reducido. • Perseveraciones y simplificaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ • 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ • algún problema en frases largas -> problemas de memoria audiovisual. 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ 	
CONDUCCIÓN	Fascículo arqueado (unión centro auditivo con centro motor)	<ul style="list-style-type: none"> ↑ • no logorrea = débito normal. • Neologismos en fase aguda. • Discurso coherente 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ • anomia bastante grave -> al intentar solucionarlo aparecen parafasias fonéticas, conductas de aproximación. 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ • (peor que lectura) • discurso coherente. • = sintomas que en leng. oral 	<ul style="list-style-type: none"> • no muy grave -> puede comunicarse bien. • No anosognosia. • Manifestación: Aislamiento. Evolución afasia Wernicke



AFASIAS	LESIÓN	SINTOMAS					OTROS
		FLUIDEZ	COMPRESIÓN	REPETICIÓN	DENOMINACIÓN	LECTURA	
WERNICKE	Parte post de la primera circunvolución temporal (fisura de Rolando)	<ul style="list-style-type: none"> ↑ • Débito normal o logorreico según gravedad • Parafasias fonémicas y verbales. • Neologismos. • Desaparecen: Palabras de predilección. Neologismos. 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ • anomia persistente y severa. 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ • menos alterada cuando hay componente agnóstico auditivo (mejor que leng. oral) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anosognosia -> desaparece en la fase leve
SENSORIAL TRANSCORTICAL	Encrucijada parietotemporal	<ul style="list-style-type: none"> ↑ • parafasias fundamentalmente semánticas. • Ecolalia. 	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ tipo psicoling. 	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ • al intentar superar la anomia aparecen circunloquios, frases abortadas y perfrasis 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ • mecánica • comprensión 	
ANÓMICA	Encrucijada parietotemporal	<ul style="list-style-type: none"> ↑ • débito normal. • Prosodia normal. • No parafasias generalmente. • Problemas de selección de palabras (más normal en palabras que menos usa) -> no le ayudan los esbozos orales. Latencias y vacíos. 	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ • Anomia. 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ • textos largos: difícil en comprensión lectora cuando hay problemas mnésicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ espontánea y dictado/ disortografía. • ↓ copia, débito, grafismo y automatismo de escritura.
GLOBAL	Lesión masiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación severa.
TRANSCORTICAL MIXTA	Lesión masiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Razonablemente preservada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación severa.
AFASIAS SUBCORTICALES	<ul style="list-style-type: none"> Afasia anterior capsular/putaminal Afasia posterior capsular/putaminal Afasia global capsular/putaminal Afasia talámica 	Hipotonía y ejecución variable.					



Otros trastornos del lenguaje son:

Alexia: pérdida de la capacidad de leer. En muchos casos va acompañada de la pérdida de la escritura aunque la persona hable y entienda la lengua hablada.

Agrafia: pérdida en mayor o menor grado de la escritura.

Acalculia: trastorno de la habilidad de cálculo.

Las características comunes de estos tres trastornos, en nuestro caso, es que son debidos a un daño cerebral y que todas las capacidades (lectura, escritura y cálculo) debieron ser adquiridas previamente al daño cerebral.

b) Alteraciones del habla: DISARTRIAS.

Definimos **disartria** como la alteración del habla por una lesión del sistema nervioso central y/o periférico, dando lugar a parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla, comprometiendo de esta forma a los mecanismos que participan en la producción del habla (respiración, fonación, articulación resonancia y prosodia). En los estudios de Darley, Aronson y Brown sobre los tipos de disartrias causadas por lesiones del sistema neural se describen siete tipos de disartria, basándose tanto en los aspectos neuroanatómicos como en las características patológicas del habla.

TIPO DE DISARTRIA	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS DE HABLA
1. ESPÁSTICA	Motoneurona superior bilateral (vía piramidal / vía extrapiramidal)	<ul style="list-style-type: none"> • FONACIÓN: voz ronca, tensa y estrangulada. Impostación vocal baja con cortes o picos. Monotonía vocal y reducción de intensidad en el acento prosódico. • RESONANCIA: hipernasalidad. • ARTICULACIÓN: producción imprecisa de consonantes. Distorsión de las vocales. • DEGLUCIÓN: retraso en la respuesta deglutoria, peristaltismo faríngeo deficiente. Con babeo perceptible.
2. MOTONEURONA SUPERIOR UNILATERAL	Lesión unilateral de la motoneurona superior (vía piramidal / vía extrapiramidal)	<ul style="list-style-type: none"> • FONACIÓN: voz áspera con disminución del volumen. • RESONANCIA: hipernasalidad. • ARTICULACIÓN: articulación imprecisa y rupturas irregulares de la articulación. • DEGLUCIÓN: fase oral aumentada con posibilidad de penetración laríngea. Se observa mayor incidencia de aspiraciones silentes.
3. FLÁCCIDA	Neurona motora inferior	<ul style="list-style-type: none"> • FONACIÓN: parálisis unilateral de ccv, (aducción, voz ronca y sonoridad reducida – abducción, menos sonoridad y más jadeo). Lesión bilateral de cuerdas, voz jadeante y estridencia inspiratoria, con frases cortas y monotonía. • RESONANCIA: hipernasalidad. • ARTICULACIÓN: producción imprecisa de consonantes (explosivas y fricativas) • DEGLUCIÓN: aspiraciones al tragar, relajación incompleta y tardía del esfínter cricofaríngeo.



TIPO DE DISARTRIA	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS DE HABLA
4. ATÁXICA	Lesión del cerebelo o en algunas de sus vías aferentes o eferentes.	<ul style="list-style-type: none"> • FONACIÓN: voz áspera con monotonía y monovolumen. Habla escandida. • RESONANCIA: función velofaríngea intacta. En ocasiones resonancia hipernasal. • ARTICULACIÓN: emisión imprecisa de consonantes, distorsión de vocales y pausas irregulares.
5. HIPERCINÉTICA (Tipo corea de Huntington)	Ganglios basales	<ul style="list-style-type: none"> • FONACIÓN: voz ronca y estrangulada. Variaciones de volumen por falta de control. Interrupciones fonatorias con rupturas de la impostación. Reducción de acento prosódico. • RESONANCIA: hipernasalidad. • ARTICULACIÓN: emisión imprecisa de consonantes, con ocasional distorsión de vocales. • DEGLUCIÓN: fase oral con afectación de movimientos linguales y falta de coordinación. Aspiraciones pre-deglutorias.
6. HIPOCINÉTICA (Tipo Enf. Parkinson)	Ganglios basales y conexiones aferentes y eferentes con otras estructuras del SNC.	<ul style="list-style-type: none"> • FONACIÓN: voz ronca, temblorosa y con jadeo. tono monocorde y sin modulación. Dificultad para mantener la intensidad de la voz. Insuficiencia prosódica. • RESONANCIA: hipernasalidad. • ARTICULACIÓN: afectación consonántica de oclusivas, africadas y fricativas. Articulación insuficiente. • DEGLUCIÓN: en fase oral dificultad de iniciar movimientos linguales. Retraso de la respuesta de deglución, con posible aspiración.
7. MIXTA	Motoneurona inferior y motoneurona superior (ELA). Desmielinización del SNC (EM) Núcleo lenticular de los ganglios basales (EVV)	<ul style="list-style-type: none"> • ELA: voz húmeda y áspera, monotonal y monointensa. Resonancia hipernasal. Articulación imprecisa, aumento de duración de vocales, frases cortas y silencios inapropiados. Disfagia. • EM: voz hipotónica y áspera con intensidad inestable. Resonancia hipernasal. Articulación consonántica imprecisa y ruptura articulatoria repentina. Habla lenta con prolongación de sílabas. Disfagia. • EVV: voz ronca y estrangulada, con tendencia monotonal. Hipernasalidad. Imprecisión articulatoria. Frases cortas y reducción de acento.

APRAXIA DEL HABLA.

Según la definición de Gechwind (1975) la apraxia es un trastorno de los movimientos aprendidos que no se debe a parálisis, debilidad o descoordinación, y que además no se puede explicar como una pérdida sensorial, problemas de comprensión, o falta de atención a las órdenes. También se define apraxia como una alteración de la coordinación motora, es decir, un trastorno motor de nivel

superior que afecta a la integración de los componentes motores que son necesarios para realizar un acto motor complejo.

Así pues, la apraxia del habla es la disminución de la capacidad para planificar y ejecutar voluntariamente los movimientos adecuados para la articulación del habla, siempre y cuando no exista parálisis, debilidad o descoordinación de la musculatura que interviene en el habla.

Para finalizar, debe quedar muy claro la diferencia entre apraxia del habla y disartria,



y apraxia del habla con afasia. La apraxia del habla es un trastorno del habla motriz, de la programación motora del habla, que se manifiesta principalmente por errores de articulación y secundariamente por alteraciones de la prosodia. A diferencia de la disartria que se define como alteraciones

en el habla debidas a déficit de inervación de la musculatura que interviene en el habla, y de la afasia que se determina como una alteración lingüística para codificar y descodificar los sistemas de comunicación hablados y escritos, por afectación del mecanismo encefálico.

APRAXIA VS. DISARTRIA.

	APRAXIA	DISARTRIA
Etiología	Alteración en la planificación y programación de los movimientos del habla.	Alteración del control muscular por afectación del SNC y/o SNP.
Aspectos afectados	Articulación incorrecta y habla disprosódica.	Alteraciones fonatorias, de resonancia y respiración. Articulación, prosodia y disfagia.
Tipo de errores	Inconsistentes e impredecibles. Hay momentos de habla clara. Influye el tipo de tarea (menos errores en habla espontánea; más errores en repetición) Errores por adiciones, transposición, omisiones, distorsiones y prolongaciones.	Consistentes y predecibles. No hay momentos de habla clara. No influye el tipo de tarea. Errores de distorsión y omisión.
Sonidos afectados	Dificultad en consonantes en posición inicial. Vocales más fáciles de pronunciar.	Imprecisión de consonantes iniciales – medias y finales. Vocales no afectadas, aunque pueden sonar distorsionadas.
Problemas relacionados	No hay cambios en el tono muscular. Diadococinesias lentas y anormales. Las sílabas se producen en orden incorrecto.	Cambios en el tono muscular. Diadococinesias lentas. Las sílabas se producen en orden correcto.
Efectos de la longitud	Afectan al grado de precisión del habla. Monosílabos>polisílabos>frases.	No afecta directamente al grado de precisión del habla. Monosílabos=polisílabos=frases.
Efectos de la velocidad	A medida que la velocidad aumenta la inteligibilidad mejora.	A medida que la velocidad aumenta la inteligibilidad empeora.

c) Alteraciones de la deglución: Disfagia

Tradicionalmente se ha definido la disfagia como “Un trastorno de la deglución caracterizado por una dificultad de preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el esófago”.

En la actualidad el concepto de disfagia es mucho más amplio y en el se incluyen aspectos conductuales y/o sensoriales y actos preliminares en la preparación de la deglución como el aspecto cognitivo relacionado con el reconocimiento del acto de comer, reconocimiento visual de la comida y todas las respuestas fisiológicas



al olfato y presencia de la comida como por ejemplo una aumento de la salivación. Las causas más comunes de Disfagia neurógena son:

- Traumatismo Craneoencefálico
- Accidente Cerebrovascular
- Enfermedad de Parkinson
- Esclerosis múltiple
- Parálisis Cerebral Infantil
- Demencia, incluyendo la enfermedad de Alzheimer
- Corea de Huntington
- Enfermedad de Wilson
- Esclerosis Lateral Amiotrófica
- Poliomieltis y síndrome pospolio
- Síndrome de Guillain-Barré y otras polineuropatías
- Miastenia grave
- Miopatías
- Neoplasias cerebrales
- Infecciones
- Disfagia orofaríngea de causa iatrogénica

La deglución en individuos normales se divide en cuatro fases:

- **Oral preparatoria:** preparación del bolo a la consistencia adecuada para la deglución, para ello es necesario una correcta masticación e insalivación del alimento.
- **Oral:** la lengua propulsa el bolo hacia la orofaríngea para desencadenar el reflejo deglutorio.
- **Faríngea:** se ha desencadenado el reflejo deglutorio y el bolo se desplaza por la faríngea.
- **Esofágica:** desplazamiento del bolo por el esófago hasta el estómago.

Complicaciones asociadas de la disfagia.

Sialorrea: aumento excesivo de salivación. La saliva cae de la boca por diferentes causas: mal cierre labial, falta de iniciación de la deglución,

Xerostomía: falta de salivación. Sensación de boca seca. Algunos medicamentos necesarios para el tratamiento de algunos síntomas producidos por el daño cerebral adquirido pueden provocar una disminución de la salivación, esta disminución nos provocará que la formación del bolo será más costosa y nos dificultará la fase oral preparatoria ya que al no estar este lo suficientemente cohesionado

Alteraciones de la eficacia: Malnutrición y deshidratación. En ocasiones la dificultad de la ingesta de la cantidad necesaria de alimento tanto líquido como sólido provoca pérdida de peso, descenso del índice de masa corporal, descompensaciones metabólicas.

Alteraciones de la seguridad: se refiere a penetraciones o aspiraciones de alimento en la vía aérea por un funcionamiento deficiente de los órganos que intervienen en la deglución, con las consiguientes complicaciones respiratorias.

Para el correcto tratamiento de la disfagia es indispensable un correcto y exhaustivo examen clínico y si fuera necesario un estudio videofluoroscópico. El tratamiento logopédico ayudará positivamente en la mejoría de la disfagia. Como medidas de tratamiento para evitar complicaciones se



suelen adaptar las dietas en cuanto a la consecuencia de estas y los volúmenes, otros pacientes necesitaran por un breve periodo de tiempo una sonda nasogástrica para la alimentación y si este tiempo se fuera a ampliar notablemente sería necesaria la colocación de una sonda de gastrostomía. Estos tratamientos en ocasiones son rechazados por las familias pero es conveniente recordar que lo importante es el bienestar del paciente y que el uso de estas medidas van a colaborar a la seguridad y la eficacia de su alimentación.

d) Alteración de las habilidades sociales

Otro marco de trabajo del logopeda es el de las habilidades sociales. Según Carballo (1988) podemos definir las HHSS como conductas que en conjunto nos permiten desarrollarnos en un contexto individual o interpersonal. Permiten expresar los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones,... de modo adecuado a la situación en la cual la persona se encuentra a sí mismo, mientras respeta las conductas de los otros.

La forma y la intensidad en que se manifiestan estas alteraciones dependen de múltiples factores (personalidad premórbida, entorno del paciente, severidad de la lesión,...). Es evidente que la reducción del nivel de habilidades sociales que se observa en las personas con DCA está notablemente condicionada por el nivel de funcionamiento general de la persona afectada. Algunos de los aspectos que se pueden ver afectados son: no respetar los turnos de comunicación, no realizar escucha activa, dificultad para ponerse en el lugar de otro, dificultades de léxico, mal uso y/o abuso del lenguaje corporal,...

Todo ello, justifica la puesta en marcha de

programas de entrenamiento en habilidades sociales como un elemento esencial de la rehabilitación intradisciplinar.

e) Otras alteraciones

Como todos los seres humanos los pacientes afectados por DCA no están exentos de sufrir y/o padecer otras patologías, tengan que ver o no con el área que nos ocupa. Por ejemplo un paciente con DCA deberá hacer como cualquier otra persona revisiones periódicas de la vista, del oído, de los dientes,...

5.- CRITERIOS DE PRONÓSTICO Y RECUPERACIÓN

Existen múltiples factores que serán los que intervengan en la evolución del paciente, tales como la edad, el tipo y extensión de la lesión, el nivel cultural, estado emocional, tomarán parte en la marcha del tratamiento.

6.- CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

Las logopedas, como todos los profesionales de la sanidad, se comprometen a adoptar una política de confidencialidad, con el objeto de proteger la privacidad de la información personal del paciente obtenida a través de la consulta o de los informes de otros profesionales. Son de utilidad, a nivel estatal, los códigos éticos de los diferentes colegios profesionales. De la misma manera, todo el personal sanitario tiene la obligación de cumplir Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.



PARTE II

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO



1.-TRATAMIENTO

a) Tratamiento intradisciplinar

El principal objetivo a medio y largo plazo en el tratamiento de las lesiones cerebrales es la recuperación física, cognitiva y social que conduzca a una reinserción social plena.

Debido a la complejidad de las alteraciones producidas por daño cerebral, la rehabilitación de estas personas ha de ser necesariamente multidimensional y realizada por equipos interdisciplinarios. Su labor consiste en la evaluación, el diagnóstico y la intervención en todas aquellas alteraciones que se dan como consecuencia de la lesión y que constituyen y suponen distintas discapacidades que dificultan la posterior normalización e integración. La finalidad es tratar cada uno de los problemas de forma unitaria y con un objetivo común.

El equipo terapéutico mirará también por la implicación de los familiares en los planes de cuidados y rehabilitación, y a su vez incluirá dentro de los objetivos terapéuticos del equipo interdisciplinar intervenciones dirigidas a la salud física y mental de la familia.

Por otra parte, juegan un papel muy importante la actuación de profesionales no sanitarios para la reinserción social de estos pacientes y sus familias para el asesoramiento sobre aspectos legales y económicos de gran repercusión en la calidad de vida.

Numerosas disciplinas han de participar, en un momento u otro del proceso

rehabilitador de estas personas: médico rehabilitador, neurólogo, neurocirujano, neuropsiquiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, neuropsicólogo, logopeda, trabajador social,... entre otros.

b) Tratamiento logopédico

El tratamiento logopédico difiere en cada patología. Los tratamientos de rehabilitación son fundamentalmente individualizados y se inician tras la evaluación de las alteraciones y un diagnóstico. La programación de dichos tratamientos se realiza a partir del análisis de procesos lingüísticos afectados y de las capacidades preservadas, y queda abierta para cualquier modificación o replanteamiento en los objetivos que haya que hacer en el periodo rehabilitador.

La rehabilitación en este ámbito está integrada en el resto de la rehabilitación de otros déficits y los objetivos están en consonancia con el resto de las especialidades que intervienen en cuanto a fomentar la mayor funcionalidad posible.

El objetivo de la intervención es que el sujeto pueda desenvolverse lo mejor posible en situaciones reales de comunicación. En la metodología de rehabilitación del lenguaje se tiende a utilizar con preferencia materiales y actividades funcionales y de uso en la vida cotidiana y se dan pautas para mejorar la interacción del paciente en situaciones comunicativas.

Como parte del tratamiento se incluye el asesoramiento a la familia (explicar y obtener colaboración) que va a colaborar



en la generalización de los aspectos que se vayan recuperando y en la adaptación a la nueva situación.

Describiremos a continuación las alteraciones más destacadas que se derivan de un daño cerebral adquirido:

En patologías motoras como las **disartrias** la intervención se dirige fundamentalmente a la postura, tono y fuerza muscular, respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia. Estos aspectos son los mismos en los que se va a basar la evaluación y el diseño de la intervención priorizará según los que estén más afectados. La importancia de los síntomas en el tratamiento de las disartrias depende de su influencia en la inteligibilidad del habla.

En el caso de las **afasias**, la evaluación permite definir diversos cuadros clínicos, caracterizados por los trastornos más evidentes y por los mecanismos lingüísticos conservados.

Los cuadros afásicos especiales como la afasia en el niño, en el zurdo y la afasia cruzada suelen presentar recuperaciones más rápidas.

Conviene realizar una exploración exhaustiva del cuadro afásico presentado por el paciente, para poder orientar la rehabilitación, elegir la estrategia terapéutica y comprobar la evolución de la sintomatología. Aunque cada caso presenta una problemática específica, que ha de ser tenida en cuenta por el logopeda, los distintos tipos de afasia orientan al tratamiento en función de las capacidades alteradas y de las esencialmente indemnes.

En el tratamiento de las afasias son tan importantes los aspectos psicológicos como los sociales e individuales. La primera tarea que ha de realizar el terapeuta es apoyar al afásico en su pérdida de capacidades lingüísticas y comunicativas.

Después, progresivamente, mostrarle cómo recuperar el acceso al discurso lingüístico apoyándose en las técnicas y estrategias que puedan ser más adecuadas teniendo en cuenta toda la sintomatología del paciente. Es imprescindible tener en cuenta los aspectos emocionales, motivacionales, de modo que el paciente asuma su papel en la rehabilitación y empiece a esforzarse por recuperar en alguna medida la competencia lingüística.



2.- FASES DE LA INTERVENCION EN PERSONAS AFECTADAS POR DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO: ROL PROFESIONAL DEL LOGOPEDA EN CADA UNA DE LAS DIFERENTES FASES.

Las personas afectadas de Daño Cerebral Adquirido de diferente etiología (traumatismo craneoencefálico, accidentes cerebrovasculares, tumores cerebrales, enfermedades degenerativas, etc.), pueden presentar diferentes alteraciones en la comunicación de combinación y severidad variables, siendo siempre específicas en cada individuo. Estas alteraciones que normalmente se ven acompañadas de otros problemas de tipo cognitivo, perceptivo y emocional, dificultan la interacción de la persona con su entorno más próximo y con la sociedad en general.

El logopeda, inmerso dentro de un grupo de trabajo intradisciplinar, se encargará de la evaluación, diagnóstico y tratamiento de todas estas alteraciones elaborando un programa de intervención que se adapte a cada sujeto en cada una de las fases de dicho proceso sin olvidar en ningún momento a la familia (miembros activos del proceso de rehabilitación). Por tanto el papel del logopeda variará dependiendo en que fase y en que tipo de recurso se encuentra el afectado.

La intervención del logopeda, aunque en la realidad no existe en cada una de las diferentes fases ni en todos los recursos, como profesional cuyo objetivo es mejorar la comunicación del paciente con su entorno, debería estar presente ya desde

las primeras fases del proceso. Por tanto la intervención del logopeda en cada una de las fases que pasaremos a explicar a continuación no siempre se ajusta a la realidad sino que en muchas ocasiones se queda en lo que sería un “ideal” en el largo camino que recorren los pacientes con daño cerebral adquirido.

I.-Fase crítica

Es aquella en la que el paciente se encuentra estable desde el punto de vista hemodinámico, respiratorio y sin complicaciones neuroquirúrgicas urgentes. Esta fase requiere la instauración de un programa precoz de tratamiento rehabilitador.

Nuestra intervención en esta fase irá dirigida tanto a la familia como al paciente.

a) Familia:

- Ayudarle a comprender las dificultades que presenta el afectado en su comunicación tanto en la vertiente expresiva comprensiva o en ambas y enseñarles a enfrentarse a ellas de la mejor manera posible.

b) Paciente:

- Si la persona que ha sufrido daño cerebral tiene problemas para comunicarse verbalmente, buscarle la comunicación no verbal más adecuada a su estado.
- Si presenta alteraciones en la deglución: tratamiento facio-oral para los trastornos de la deglución.



2.-Fase aguda

Es aquella en la que el paciente se encuentra estable desde el punto de vista neurológico, con buena capacidad para avanzar en la rehabilitación de los aspectos funcionales cognitivos y conductuales. Esta fase también precisa atención en régimen de ingreso hospitalario.

Nuestra intervención en esta fase irá dirigida tanto a la familia, personal sanitario y al paciente.

- a) Familia:** Orientación e intervención familiar. Se les dará una serie de pautas que los familiares pueden aplicar para ayudar al paciente a comunicarse. El trinomio paciente –familia-logopeda debe conseguir funcionar de forma sinérgica, para que el resultado de la rehabilitación sea mucho mayor de lo que uno puede aportar por separado.
- b) Personal sanitario:** dándoles directrices de cuales son las alteraciones de la comunicación que presenta el paciente, al tiempo que se les darán pautas acerca de cómo deben dirigirse hacia el paciente ya que durante el periodo que el paciente permanezca hospitalizado estos forman parte de su contexto comunicativo.
- c) Paciente:**
- Tratamiento de los problemas de deglución.
 - Implantación de SAAC.
 - Valoración inicial.
 - Inicio de la terapia comunicativa.

3.-Fase subaguda y rehabilitación intensiva

Es aquella en la que comienza el tratamiento rehabilitador, intensivo, especializado y específico a nivel cognitivo, conductual y funcional.

El tratamiento será integral y holístico caracterizado por:

- Abordaje coordinado de los diversos problemas que estos pacientes plantean.
- Situar en el centro de atención al sistema familiar.

Este tratamiento integral va a proporcionar al paciente con “Daño Cerebral Adquirido”, el marco adecuado para su recuperación. Por tanto diseñaremos un programa de intervención que especifique los objetivos a conseguir, que sea individualizado y flexible y que cuente con la participación de otras disciplinas de forma integral e intensiva.

Nuestra intervención irá dirigida:

- a) Equipo intradisciplinar:** en el que la evaluación es compartida y las prioridades de tratamiento acordadas en el equipo y puestas en práctica por todos sus miembros aunque bajo la dirección del terapeuta más indicado en cada caso.
- b) Paciente:**
- El objetivo de la rehabilitación logopédica es que el paciente consiga comunicarse de la forma más eficiente



posible en distintos contextos sociales, aplicando para ello las estrategias de intervención más adecuadas.

- Evaluación a lo largo de todo el proceso de rehabilitación de las dificultades del paciente empleando distintos instrumentos de medida, escalas de valoración y cuestionarios.

- Establecimiento de cada uno de los objetivos de intervención. A partir de ellos se eligen las herramientas más adecuadas para conseguirlos y se determina en que forma se aplicarán. Apoyo de otros profesionales de la salud: otorrino, neurologo, ortodoncista, médico rehabilitador...

c) Familia:

- Asesoramiento familiar.

- Readaptación socio-familiar a la nueva situación comunicativa del paciente. El logopeda ayudará a la familia a realizar modificaciones en el contexto comunicativo para que puedan comprender mejor al paciente y enseñará a ambas partes a aplicar estrategias compensatorias que mejoren su comunicación.

Desde un primer momento, la participación activa, tanto de la familia como del propio paciente en el proceso de evaluación-rehabilitación constituye uno de los ejes fundamentales de la intervención.

4.-Fase de atención a largo plazo y readaptación

Esta es la fase en la que más número de pacientes atendemos en las asociaciones de daño cerebral; se considera que la

“rehabilitación de mantenimiento” es necesaria durante toda la vida de la persona con DCA. Una vez garantiza la supervivencia en esta fase la rehabilitación se dirigirá a minimizar las limitaciones funcionales y a conseguir el mayor grado de autonomía posible en el desempeño de las actividades de la vida diaria y a maximizar su calidad de vida.

Nuestra intervención en esta fase la haremos de forma conjunta con:

a) Equipo intradisciplinar: la mayoría de los pacientes requieren la intervención de todos los profesionales que forman el equipo. Previamente se realiza una valoración de cada una de las áreas, estableciendo un plan terapéutico asistencial individualizado.

b) Paciente: Nuestro objetivo será lograr una comunicación lo más funcional posible para así mejorar la calidad de vida del paciente.

c) Apoyo familiar para lograr ya la nueva reestructuración y adaptación de toda la familia a esa nueva situación (el DCA no sólo afecta la paciente sino a toda la familia).

Como profesionales de las diferentes asociaciones nos queda todavía un largo camino por recorrer pero siguiendo el lema de nuestra Federación nacional, **FEDACE, “UNA VIDA SALVADA MERECE SER VIVIDA”**.



3.- EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES LOGOPÉDICAS SECUNDARIAS AL D.C.A.

3.1.- LENGUAJE

a) Test estandarizados

Nombre del test	Objetivos generales	Areas exploradas
Test Boston para el diagnóstico de la afasia. Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)	-Valoración sistemática de las distintas capacidades inherentes al lenguaje en pacientes afásicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil de las características del habla. - Agilidad articularia, longitud de la frase, forma gramatical, prosodia, parafasias en lenguaje espontáneo, encontrar palabras. - Repetición de frases. - Comprensión auditiva. - Forma cualitativa: volumen, voz, velocidad del habla.
Test de fichas.Token Test	- Evaluar la comprensión auditiva en pacientes afásicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión oral del lenguaje. - Mide factores de rendimiento cognitivo (atención, memoria de trabajo).
Evaluación del procesamiento lingüístico en la afasia (EPLA). Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia (PALPA).	-Valorar con exactitud las capacidades lingüísticas en los transtornos del lenguaje.	<ul style="list-style-type: none"> - El test está formado por 58 subtest que se agrupan en 4 secciones: procesamiento fonológico, lectura y escritura, comprensión de dibujos y palabras y procesamiento de oraciones. - Analiza con detalle los módulos de procesamiento del sistema lingüístico que son susceptibles de alterarse de forma selectiva en pacientes con lesiones cerebrales.
Test de Barcelona (PIEN-TB).	-Nos aporta un perfil clínico global de los déficits cognitivos y un perfil específico de la afasia.	<ul style="list-style-type: none"> - Está integrado por los siguientes subtest en el área de lenguaje: lenguaje espontáneo, fluencia y contenido informativo del lenguaje, prosodia del lenguaje espontáneo, lenguaje automático, praxis orofonatoria en imitación, repetición verbal, repetición de errores semánticos, denominación visuo-verbal, denominación verboverbal, evocación categorial en asociaciones, comprensión verbal, lectura-verbalización, comprensión lectora, mecánica de la escritura, dictado y escritura espontánea.
Evaluación de los procesos Lectores PROLEC-SE.	- Evaluar los diferentes procesos implicados en la lectura: léxicos, sintácticos y semánticos.	<ul style="list-style-type: none"> - Ambito de aplicación: de los 10 a los 16 años. -Evaluación cualitativa de adultos. -Procesos léxicos: lectura de palabras y pseudopalabras. -Procesos sintácticos: emparejamiento dibujo-oración y signos de puntuación. -Procesos semánticos: comprensión de textos y estructura de un texto.

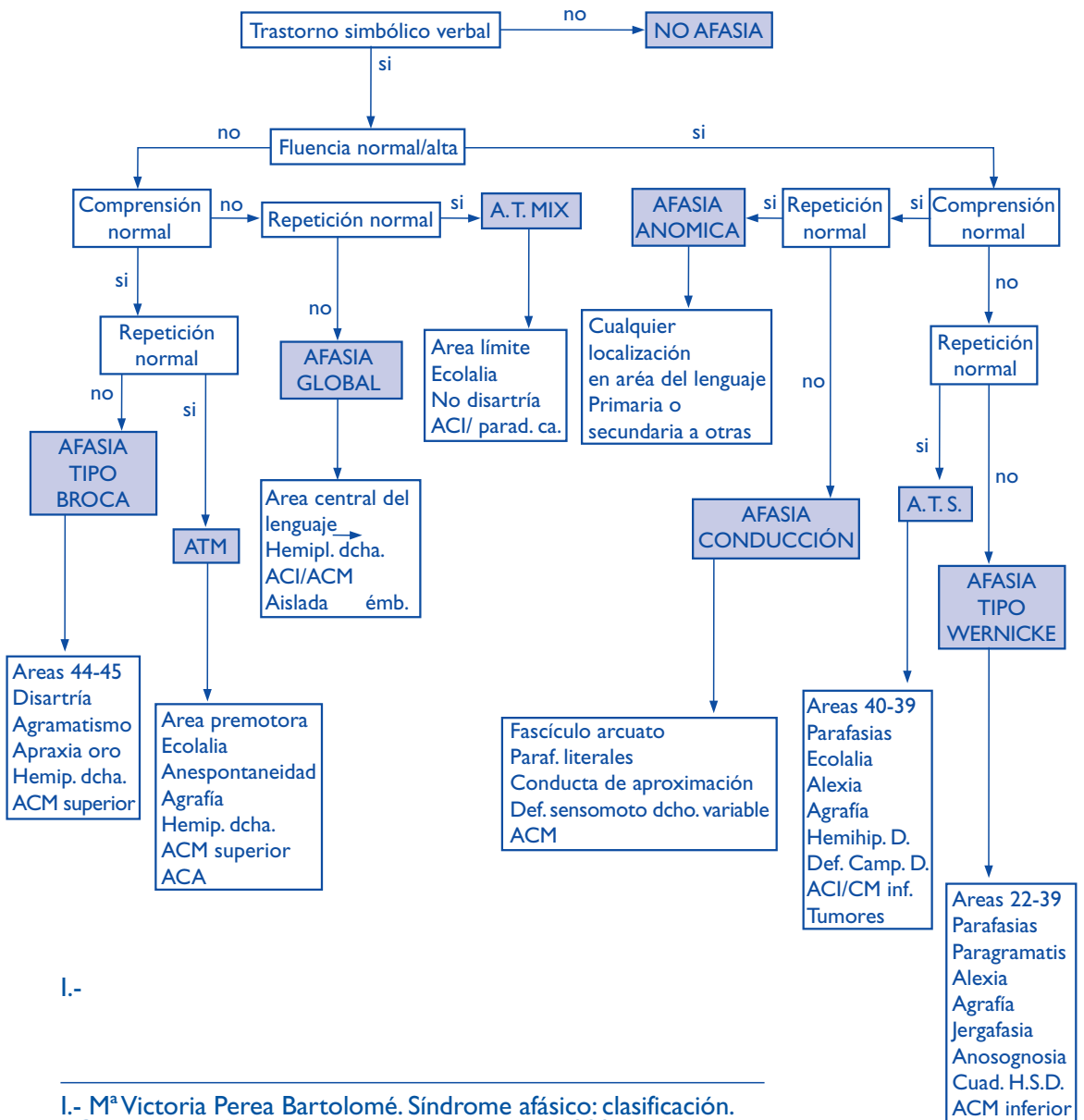


Nombre del test	Objetivos generales	Areas exploradas
Evaluación de los procesos de escritura PROESC	- Evaluación de los principales procesos implicados en la escritura y la detección de errores.	- Ambito de aplicación: de tercero de educación primaria a cuarto de secundaria. - Análisis cualitativo en adultos que nos permite valorar e identificar los errores en las diferentes pruebas. - La batería consta de seis pruebas: dictado de sílabas, dictado de palabras, dictado de pseudopalabras y dictado de frases, escritura de un cuento y escritura de una redacción.
La afasia. Exploración, Diagnóstico y Tratamiento (Borregón S, González A, 2000).	-Recopilación de datos sobre la tipología afásica del paciente. - Conocimiento de los sistemas y funciones lingüísticas alteradas. - Descripción de procesos en las funciones lingüísticas exploradas.	Agrupa en módulos los ítems explorados para así concretar un perfil práctico de realizaciones o tareas y en el análisis de los procesos que subyacen en cualquier tipo de tarea propuesta. Los módulos son los siguientes: Comunicación, copia, cálculo, comprensión auditiva, comprensión lectora silente, tareas no verbales, automatismos, repetición, dictado, expresión oral, expresión escrita, registro de fluencia o no fluencia y eficacia comunicativa con los términos sí / no
Test para el examen de la afasia (AFASIA). B.Ducarne de Ribaucout – Revisión 1975.	Se diseñó esta prueba para ayudar en la valoración de los trastornos afásicos de diverso tipo. Está formada por un conjunto de pruebas que se presentan en cuatro series: Expresión oral, Comprensión oral, Lectura y Escritura; con ellas se evalúan diversos aspectos del comportamiento del sujeto: Perseveración, Pérdida de elementos lingüísticos, Defectos de evocación, Alteraciones fonéticas y semánticas, Disintaxis, Reducciones y Problemas de articulación	El examen comprende el estudio de cuatro modalidades de lenguaje: - La expresión oral: Palabra espontánea. Series automáticas. Repetición. Denominación oral de imágenes. Pruebas de lenguaje más elaborado. - La comprensión oral Identificación. Elecciones múltiples y órdenes simples. - La lectura Letras y grupos de letras. Sílabas. Palabras. Correspondencia de palabras e imágenes Correspondencia de textos, acciones y ejecución de órdenes escritas. - La escritura Denominación escrita. Expresión escrita (dictado). Escritura. Copia.



b) Afasias

- **Árbol de decisión diagnóstica en afasias** (Ferrero J en: Perea MV, Ladera V, Echeandía C 1998: 218) que contempla características clínicas, neuropsicológicas y neuroanatómicas.





- Plan terapéutico.

1. Decidir cuál es el problema a tratar.

- a. Especificar cuál es el estado original a través de la ejecución de test estandarizados o no.
- b. Cuál es el defecto o defectos de base. Determinar presencia, severidad y alcance en los diferentes aspectos del lenguaje.
- c. Qué ejecución del lenguaje se va a intentar mejorar.

2. Decidir cómo conducir el tratamiento.

- a. Estrategias a utilizar: restablecimiento, reconstitución y compensación.
- b. Cómo se va a ejecutar la estrategia: terapia directa, indirecta y facilitación.
- c. Especificar la jerarquía, su motivación y ejecución y exactamente aquello que se va a realizar.

3. Por qué se han escogido los métodos.

4. Averiguar, medir y registrar todo lo que acontece.

5. Especificar la utilidad, para el paciente, de la mejoría de la tarea escogida.

- Sugerencias a tener presente durante la intervención:

1. Dificultades de atención y fatiga:

- Descansar entre las diferentes actividades.
- Proponer actividades de mayor complejidad en momentos en que el usuario/a se encuentre más descansado.
- Reducir las distracciones. Controlar el entorno de distracciones acústicas, visuales, familiares...
- Reorientar a la persona con refuerzos

verbales, visuales...

- Facilitar tiempo para que el usuario/a pueda iniciar, desarrollar y finalizar la actividad, evitando prisas.

- Reducir la cantidad de información y la velocidad en que se presenta.

2.- Ausencia de iniciativa:

- Fraccionar las actividades a realizar, teniendo en cuenta los diversos componentes, utilizando el refuerzo positivo.

- Potenciar la motivación de los usuarios/as, desarrollando los talentos, preferencias, gustos, etc.

3.- Carencia de insight / autoconciencia.

- Trabajar con los aspectos que el usuario/a reconoce y no llegar a la confrontación con los aspectos cognitivos que no tiene elaborado, ni resueltos.

- Facilitar información clara, sencilla y entendedora sobre la situación comunicativa.

- Registrar incidencias (comunicativas, conductuales, de aprendizaje, etc.) que se producen durante la actividad.

- Grabar o registrar la realización de la actividad.

4.- Comunicación:

- Establecer un ritual de saludo y despedida.

- Anticipar las consignas de trabajo.
- No hablarle más de una persona a la vez.

- Intentar buscar un código de comunicación inicial.

- Facilitar un contexto conocido a la actividad comunicativa que se desarrolla.



- Material básico que se requiere para abordar la afasia:

- Espejo.
- Guantes de látex.
- Pajitas, velas y cerillas, pitos.
- Colonias.
- Compresas de gasas estériles.
- Cepillo de dientes.

- Obleas (pan de ostia).
- Soporte visual de esquemas de articulación.
- Depresor.
- Imágenes, dibujos y fotografías.
- Juegos (memory, dominó, ajedrez).
- Soporte musical.

Tratamiento específico de las afasias

AFASIA

PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
<p>AFASIA GLOBAL</p> <p>También llamada "afasia total". Estereotipias verbales o automatismos del habla. A veces tiene un área más conservada, como puede ser la comprensión.</p> <p>Pronóstico es muy limitado.</p>	<p>Desbloqueo de las funciones propias del hemisferio derecho.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estimular la comunicación emocional facial. 2. Estimular el uso de soportes pictóricos, para expresar deseos e intenciones. 3. Potenciar la entonación. <p>Intervención sobre las propias alteraciones</p>	<p>Abordar las distintas emociones faciales: risa, enfado, etc.</p> <p>Diseñar soportes visuales.</p> <p>Trabajo de la expresión melódica.</p> <p>Si bien en algunos casos</p>	<p>Juego de emociones.</p> <p>-Creación de un álbum con imágenes familiares.</p> <p>-Confeccionar fichas con espacios, lugares conocidos.</p> <p>-Gustos y preferencias musicales.</p> <p>-Imitación de tonalidades.</p>	<p>Dibujos, gráficos y fotografías.</p> <p>Idem anterior.</p> <p>Música Vídeos musicales.</p>

PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
	1. Adquirir un vocabulario mínimo comunicativo funcional.	graves, es difícil adquirir un vocabulario superior a las 15 palabras, aquellas palabras que se escojan deben ser significativas para la persona.	Trabajar palabras de contenido significativo.	Vocabulario.
	2. Construir frases cortas automatizadas.	Utilización del lenguaje automatizado.	Introducir frases cortas por yuxtaposición de nombres. Trabajar con estribillos de canciones familiares para el usuario/a.	Canciones Rezos.
	3. Abordar la expresión gráfica.	Aprovechar dibujos, escribir nombres, deportes preferidos, aficiones, ciudades...	Asociar dibujos esquemáticos con palabras.	
	4. Utilizar la expresión gestual.	Inicialmente, se debería trabajar a partir de la designación, gestos familiares.	Generalizar gestos cotidianos. Ejercicios de mímica corporal.	Ejercicios de mímica corporal: beber, comer, fumar, dormir, tocar el piano, cantar...
	5. Abordaje comunicativo con el núcleo familiar.	Facilitar a los familiares pautas y consignas comunicativas claras, accesible y de sencilla comprensión por parte del usuario/a.	Comunicar si /no. Comunicar preferencias. Comunicar idea sencilla.	Orientación familiar.



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
<p>AFASIA DE BROCA</p> <p>Dificultad para hablar, habla telegráfica o agramática.</p> <p>Comprende el lenguaje. Estructura gramatical sencilla, forma verbal, infinitivo y participio. Nombres en singular, conjunciones, adjetivos, adverbios y artículos poco comunes.</p>	<p>Desbloqueo de las funciones lingüísticas conservadas</p> <p>1. Incrementar las capacidades de comprensión del lenguaje oral.</p> <p>2. Desbloquear la comprensión del lenguaje escrito.</p> <p>3. Desbloquear la gesticulación manual.</p>	<p>Activar al máximo la región temporal posterior, si ésta se encuentra preservada.</p> <p>Trabajar la designación.</p> <p>Progresivamente trabajar las clasificaciones semánticas.</p> <p>Abordaje de la discriminación auditiva.</p> <p>Palabras escritas que se han de asociar a imágenes.</p>	<p>Designación: Estimulo auditivo asociado a un estímulo visual. -Partes del cuerpo. -Colores.</p> <p>Clasificación semántica: animales domésticos, salvajes, ... -Acciones. -Diferentes contextos sociales.</p> <p>Textos simples, titulares de periódicos, donde se deberá señalar la palabra. Copia de textos sencillos.</p> <p>Ejemplos de gestos: hola , adiós, gracias, telefonar.</p>	<p>Fotografías familiares. Todo tipo de estímulos visuales y auditivos.</p> <p>Periódicos, revistas deportivas, de moda, culturales, de viajes, etc. Programas informatizados.</p>



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
	<p>4. Abordaje del cálculo sencillo.</p> <p>Estimulación de los déficits propios de la zona lesionada.</p> <p>1. Abordaje de la apraxia bucofacial.</p>	<p>Nombres para asociar a fotografías.</p> <p>Introducir gestos de la vida cotidiana</p> <p>Reconocimiento de cifras de complejidad creciente. Posteriormente trabajar operaciones aritméticas simples.</p> <p>En personas con afasia de Broca, los trastornos articulatorios se deben a la apraxia bucofacial. Se trabaja con los elementos básicos de la articulación, luego con esquemas de articulación.</p> <p>Se trata de pasar las palabras conseguidas articular a frases.</p>	<p>Cifras de complejidad creciente representada en cartones.</p> <p>Operaciones aritméticas de menos a más sencillas.</p> <p>Números que faltan en una serie.</p> <p>Problemas de simple solución.</p> <p>Hacer correspondencia con las cifras.</p> <p>Imitación de los esquemas de articulación.</p> <p>Control de órganos de fonación.</p> <p>Articulación.</p>	<p>Dominós de números, bingo, loterías, reloj, series numéricas, sumas, restas,...etc.</p> <p>Cerillas, vela, espejo, esquemas de articulación.</p>



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
	<p>2. Trabajo de secuenciación.</p> <p>3. Trabajo sobre la escritura.</p> <p>4. Abordaje del agramatismo.</p>	<p>Se trabaja la grafía a través de la copia.</p> <p>En algunos usuarios/as que se encuentran en fases progresivas, se puede trabajar el agramatismo, ya que es probable que genere frases con 3 elementos.</p> <p>-Completar textos en los que falten los nexos, o la palabra de inicio, o la palabra final.</p> <p>-Ordenar frases de una secuencia</p>	<p>Construcción de frases sencillas, con un sentido comunicativo y funcional.</p> <p>Trabajo de ritmo y entonación.</p> <p>Dictado de palabras simples y copia.</p> <p>-Entrenar la mano izquierda para la escritura.</p> <p>-Entrenar en el uso de ordenadores.</p> <p>-Uso de libretas que ayuden a la expresión oral.</p>	<p>Soporte gráfico (sujeto / verbo / objeto)</p> <p>Libretas.</p> <p>Fotografías.</p> <p>Programas informáticos.</p> <p>Textos en los que faltan nexos.</p> <p>Secuencias.</p>
<p>AFASIA DE WERNICKE.</p> <p>Incapacidad de comprender palabras o para distribuir sonidos coherentemente.</p> <p>Habla fluente, sin esfuerzo y</p>	<p>1. Reducir o eliminar la anosognosia.</p>	<p>Los usuarios que presentan ésta patología no tienen conciencia de déficit. Por ello, se debería conseguir que la persona tome conciencia de las dificultades que presenta al comunicarse.</p>	<p>-Interrumpir la conversación cuando surge alguna dificultad.</p> <p>-Motivar al usuario a la autocorrección.</p> <p>-Dar orientaciones sencillas a su estado comunicativo.</p>	<p>Autocorrección de errores.</p> <p>Libreta.</p>

PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
bien articulada. Aparece a veces la jergafasia.	2.Favorecer la atención auditiva. 3. Utilizar el lenguaje limitado en longitud.	El usuario/a suele hablar en jerga y no entiende. Intentar que se produzcan frases sencillas y cortas y que las escuche. Ayudarnos de un metrónomo o de pistas visuales para determinar la longitud máxima de la frase. Pedir al usuario/a que se comunique por escrito con el soporte de palabras claves.	Articulación de frases sencillas, acompañarse de actividad manipulativa. Autocorrección de errores. Trabajar la frase a partir del nombre/ verbo/ complemento.	Pistas visuales. Metrónomo. Pistas visuales. Autocorrección.
AFASIA DE CONDUCCIÓN. Pueden hablar fácilmente, enumerar objetos y comprender el habla, pero no pueden repetir palabras.	1.Disminuir el número de parafasias fonémicas. 2.Favorecer el uso de perífrasis. 3.Fomentar la función nominal. 4.Fomentar el lenguaje escrito. 5.Abordar las autocorrecciones. 6.Favorecer el	-Trabajar inicialmente, ejercicios de repetición, lectura en voz alta y ejercicios de escritura (palabras / frases cortas/ frases largas /textos). -Buscar la palabra a partir de definiciones. -Ejercicios de evocación.	- Buscar sinónimos, antónimos. - Ejercicios de escritura, evocación...	Textos de diferentes complejidades. -Ejercicios de evocación, sinónimos, antónimos, etc. - Programas informáticos.



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
	<p>lenguaje gestual si la praxis está conservada.</p> <p>7.Promover el uso de programas informáticos.</p>	<p>-Descripciones.</p> <p>-Sinónimos.</p>		
<p>AFASIA NOMINAL</p> <p>Presenta dificultades para encontrar las palabras y una incapacidad para nombrar objetos por confrontación.</p> <p>Comprenden y hablan con facilidad y repiten correctamente</p>	<p>1.Delimitar el grado de alteración de la función nominal según las distintas modalidades</p> <p>2.Asociar nombres en la modalidad más preservada con la menos preservada.</p> <p>3.Potenciar el uso de sinónimos y antónimos.</p> <p>4.Desarrollar la capacidad de incrementar imágenes mentales para denominarlas.</p> <p>5.Potenciar el lenguaje escrito.</p> <p>6.Completar frases en las que facilite la evocación automática de nombres.</p>	<p>Puede ser residual de cualquier tipo de afasia. Puede existir múltiples déficits.</p>	<p>-Lenguaje espontáneo.</p> <p>-Fluencia con consigna fonémica (palabras que empiecen con una letra determinada).</p> <p>-Fluencia con consigna semántica (palabras de una categoría semántica concreta, como nombres de alimentos, profesiones, etc.)</p> <p>-Dibujo simbólico.</p> <p>-Denominación por confrontación visual.</p>	

PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
<p>AFASIA TRANSCORTICAL MOTORA</p> <p>Se caracteriza por un lenguaje espontáneo no fluente con buena comprensión y con buena repetición. El lenguaje espontáneo es hipofluido, el paciente no habla espontáneamente y no puede iniciar un lenguaje proposicional. En ocasiones el paciente intenta ayudarse con diversos gestos motores (palmear en la mesa, p. ej.). A veces existe ecolalia. La lectura suele estar preservada, con buena comprensión. La escritura está alterada prácticamente siempre</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar la disprosodia y la repetición. 2. Abordar las ayudas articulatorias y las fonémicas. 3. Trabajar la lectura en voz alta. 4. Trabajar la escritura. 	<p>Se benefician de las ayudas con claves fonéticas o semánticas. La recitación de material muy aprendido puede ser muy buena (p. ej., numeración, días de la semana, meses...) y posteriormente, se trabajará la repetición más espontánea.</p> <p>En cuanto a la lectura, se iniciará con lectura de palabras, títulos, frases cortas, textos cortos...</p>	<ol style="list-style-type: none"> a) Ejercicios de repetición: tabla de multiplicar, meses, nombres de familiares, etc. b) A partir de una lista de palabras inicialmente cortas y en la medida de lo posible se irán incluyendo palabras de mayor complejidad. c) Se pueden contar objetos, primero en voz alta y luego en voz baja. 	<p>Listas de palabras. Textos. Imágenes, fotografías. Programas informáticos.</p>



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
<p>AFASIA TRANSCORTICAL SENSORIAL</p> <p>Tiene un output verbal fluido, frecuentemente parafásico y de contenido irrelevante. Comprensión muy limitada del lenguaje oral. Repetición correcta. Habla fluente pero con circunloquios. Alteración del habla con palabras bien articuladas, pero semánticamente irrelevantes, respecto a aquello que se está preguntando. Dificultad para encontrar palabras. Ecolalia prominente. Lectura comprensiva alterada y también la lectura en voz alta. Escritura ininteligible en grados diversos..</p>	<p>1.Abordar la denominación</p> <p>2.Abordar la comprensión.</p> <p>3.Trabajar el grado de parafasia y de circunloquios.</p>	<p>La repetición está intacta y tiende a ser ecológica. Los pacientes pueden repetir palabras y frases (“señale a la puerta”) que sin embargo no pueden comprender. La comprensión auditiva está muy alterada, sobre todo para palabras aisladas. Puede ser mejor la comprensión de órdenes que las tareas de designación. La denominación está muy alterada siempre (anomia semántica, con fracaso en unir palabras presentadas de forma oral o escrita con el estímulo visual). Un patrón conductual que se puede observar en estos casos es que pueden repetir bien la</p>	<p>-Apartar la atención de su lenguaje hablado y llevarlo hacia la realización de dibujos, construcciones, etc.</p> <p>-Incorporar palabras breves y sencillas en relación con la situación y actividad que ejecuta el paciente.</p> <p>-Mostrar imágenes, además de auditivamente, para ayudar en su comprensión, instrucciones sencillas que deben darse durante las sesiones. Ej: dame el bolígrafo, siéntate, etc.</p> <p>-Hacer que reconozca las palabras correctas que emite, dentro de su jerga incoherente, utilizando grabaciones de su lenguaje, para</p>	<p>Dibujos</p> <p>Imágenes de la vida cotidiana.</p> <p>Programas informáticos.</p> <p>Láminas secuenciadas.</p> <p>Grabaciones de voz.</p>



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
		palabra pero con pérdida total de la comprensión de su significado (alienación del significado de las palabras) . La lectura y escritura están alteradas, la lectura en voz alta puede ser relativamente buena pero con grave alteración de la comprensión.	que lo escuche varias veces, intentando que relacione las palabras correctas con las imágenes.	
AFASIA TRANSCORTICAL MIXTA. También llamada “Aislamiento del área del lenguaje” El lenguaje espontáneo es no-fluente y tanto la comprensión como la denominación están muy alteradas.	En éste caso los objetivos a plantear depende de la alteración del lenguaje expresivo y comprensivo. En contraste, la repetición es buena y pueden ser capaces de repetir incluso frases largas con relativa facilidad y completar automáticamente frases abiertas. Pueden tener emisiones truncadas de inicios de frases	Esta clase de afasia es más extraña que las anteriores, ocasionando una alteración severa del lenguaje, tanto a nivel expresivo como comprensivo. Es frecuente otros trastornos neurológicos.		



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
	<p>automatizados “p. ej. esto...”.</p> <p>Los pacientes pueden tender a estar callados y sin hablar hasta que se les habla a ellos, apareciendo entonces la ecolalia.</p>			

- Terapia logopédica en grupo.

- Siempre como complemento de terapia individual y nunca como una sustitución de ésta.
- Positivo en usuarios/as que se encuentran aislados.
- Se puede utilizar como base de interacción social en pacientes crónicos.

Características de los grupos:

a) grupo por proximidad clínica o terapéutica:

Puede servir para la rehabilitación de aspectos específicos del lenguaje. Importante tener en cuenta, el no potenciar los sentimientos de fracaso, comparando las ejecuciones de un paciente con la de los demás.

b) grupo como núcleo de integración social.

Pueden ser heterogéneos, ya que se trata de ampliar su mundo de relación y permitir que se establezcan contactos. El grupo obliga al usuario a adaptarse, según sus afinidades, a conocerse, a valorar sus dificultades y a animarse con los avances de los demás y del suyo propio.

La problemática común, como el apoyo afectivo y la permisibilidad ante las dificultades, hacen que se facilite el deseo de expresarse.

Los grupos que se forman deben ser pequeños, con una frecuencia dependiente de sus características y objetivos planteados.

- Recuperación espontánea de las afasias:

La recuperación espontánea ocurre en los primeros meses después de la lesión cerebral. Según los autores existen algunas

variables que intervienen:

- a) Tipo de lesión cerebral.
- b) Gravedad del traumatismo o tamaño de la lesión.
- c) Edad.
- d) Características premórbidas.
- e) Tipo de afasia.
- f) Estado psicológico de la persona.
- g) Lesiones cerebrales previas.
- h) Estado de salud en general.
- i) Interacción de las variables.

- Orientación a la familia con personas afásicas.

- Habla a la persona con afasia como le hablarías a una persona adulta, no como a un niño.
- Evitar cualquier ruido de fondo, como la televisión, la radio o varias personas hablando a la vez.
- No hablar demasiado rápido, intentado utilizar frases cortas.
- Intentar no saltar de un tema a otro en la conversación.
- Aceptar y apoyar todos los esfuerzos de comunicación de nuestro familiar.
- Hable con voz normal, la persona afásica no está sorda.
- Utilizar gestos, ayudas visuales (dibujos, mapas,...) siempre que sea posible.
- Deje que intente comunicarse con otras personas.
- Involucre a la persona afásica en la toma de decisiones del hogar, en la medida de sus posibilidades.
- Anime a la persona afásica a que sea lo más independiente posible.
- No pretenda hacerle creer que ha comprendido un mensaje, si en realidad no es así, ya que puede llevar a un estado de frustración.



- Observar cuidadosamente los labios de la persona, facilita la comprensión.

c) Alexia

- Evaluación del proceso lector

Como elemento previo al estudio de la lectura se han de destacar todos aquellos rendimientos anómalos debidos a trastornos perceptivo-visuales y/o atencionales. Es fundamental la evaluación de los posibles defectos de campos visuales y de la atención visuo-espacial (negligencia hemilateral).

La discriminación visual se puede estudiar mediante tareas de emparejamiento de letras, sílabas, pseudopalabras y palabras escritas con grafía distinta (alógrafos).

En la evaluación debemos de diferenciar y explorar la capacidad de leer en voz alta y la comprensión del mensaje escrito. La lectura en voz alta podemos explorarla con material cada vez más complejo, desde sílabas a frases.

La mayoría de los tests de afasia estandarizados contienen subtest de lectura, como por ejemplo:

- Subpruebas del Test Boston para el diagnóstico de la afasia (BDAE) Goodglass y Kaplan:
 - Lectura oral:
 - Palabras
 - Oraciones
 - Comprensión escrita:
 - Discriminación de símbolos
 - Reconocimiento palabras
 - Asociación fonética

- Emparejar dibujo-palabra
- Oraciones, párrafos

- Prueba de Minnesota para el diagnóstico diferencial de las afasias Schuell

- Exploración de selección de las funciones del lenguaje (Clínica Mayo), en el bloque de evaluación de la lectura incluye las siguientes pruebas:

- Identificación de letras
- Lectura de letras
- Lectura de palabras
- Ejecución de órdenes visuales

- Protocolo para el examen del lenguaje en la afasia (presentado por la APA en 1996):

- Lectura en voz alta
- Comprensión de material escrito
- Lectura de pseudopalabras

Otra manera de evaluar la lectura es de forma no estandarizada, teniendo en cuenta como guión para la evaluación por ejemplo esta división en dos áreas:

• Valoración de la capacidad de verbalización (conexión entre los sistemas visuales y los sistemas orales).

La capacidad de verbalización se puede estudiar mediante distintos tipos de materiales. Según el tipo de estímulo usado se implicarán unos u otros componentes funcionales.

- Cancelación visual de letras → al comando verbal, mediante el nombre de cada letra en una plancha donde se ubican de manera aleatoria y esparcidas, la persona debe marcar la letra dictada.

- Evaluar paralexias, omisiones.
- Evaluar palabras concretas-abstractas, nombres-elementos gramaticales.
- La lectura de logotomas → sistemas fonológicos aislados, ya que no se puede acceder a la semántica ni existe un conocimiento léxico del estímulo.
- La lectura de letras → tarea de denominación.
- La lectura de palabras requiere diversas matizaciones según el tipo concreto de material presentado al paciente. Se debe diferenciar la lectura de nombres, verbos, adjetivos y palabras de función (palabras gramaticales).
- La lectura de textos → ya que supone mayor complejidad visual y oculomotora, puede darnos rasgos semiológicos visuo-espaciales de interés.
- Comprobar la capacidad de discriminar tigramas.

• **Evaluación de la capacidad de extracción semántica, discriminación/comprensión.**

La semiología observada en la comprensión lectora se ha de comparar con los hallazgos del lenguaje oral, definiéndose tres situaciones:

- Predominio de los defectos de la comprensión oral sobre los defectos de la comprensión escrita o, al contrario.
- Predominio de los defectos de la comprensión escrita sobre los defectos de la comprensión oral
- Proporcionalidad de los defectos de la comprensión oral y escrita.
- Evaluar la comprensión de órdenes escritas.
- Proporcionalidad entre la capacidad de verbalización y la de comprensión.

Respecto al tema de la verbalización frente a comprensión, se han de destacar en especial tres situaciones posibles:

- 1.- El paciente lee (verbaliza) adecuadamente, pero es incapaz de comprender lo que ha leído
- 2.- El paciente presenta una proporcionalidad entre la capacidad de verbalización y la de comprensión.
- 3.- El paciente comprende adecuadamente, pero presenta graves transformaciones en el momento de la verbalización.

→ Comprensión de palabras: La comprensión de palabras (nombres, verbos, adjetivos) se puede realizar mediante una tarea de elección múltiple entre imágenes representadas en una lámina. Se presenta una palabra escrita y el paciente debe encontrar la imagen correspondiente. Esta tarea se puede realizar usando distintos tipos de imágenes.

→ Comprensión de palabras gramaticales: Se puede usar tareas similares a las empleadas en la comprensión oral de palabras gramaticales. El paciente deberá elegir la imagen correspondiente a la frase en la que la comprensión viene dada por la palabra gramatical.

→ Comprensión de frases: Se pueden diferenciar dos pruebas fundamentales: la ejecución de órdenes escritas y la elección de una palabra que completa y da sentido a una frase.

→ Comprensión de textos: La comprensión de textos se puede realizar mediante una tarea similar a la comprensión de frases, pero sustituyendo un texto para que el paciente lo lea (sin verbalizar) y luego hacer preguntas sobre el contenido del mismo.



Es importante destacar que, si existe una importante disociación entre la comprensión oral y escrita, las preguntas sobre el texto se deben presentar por escrito. Si existen problemas de memoria, también se presentará todo el material por escrito, dejándolo todo el tiempo ante el paciente.

- Intervención en la lectura

El principio básico de la terapia consiste en la individualización del tratamiento. El programa de rehabilitación se diseñará en función de las peculiaridades de cada caso ya que no existen recetarios fijos.

	Patología	Objetivos	Metodología	Actividades	Recursos
Trastorno perceptivo-agnóstico	ALEXIA AGNÓSICA/ LECTURA LETRA A LETRA	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de las letras y grafemas. - Automatización del reconocimiento visual de los signos gráficos del lenguaje. - Evitar las paralexias morfológicas. - Reconocimiento espacial de las letras. - Conseguir que sea capaz de fijar la mirada en una palabra o texto y desplazarse de una línea a la otra. - Evitar la confabulación acerca de la mitad izquierda de las seudopalabras. - Interpretar el valor de los espacios entre las letras y las palabras. - Reconocimiento de los signos de puntuación y seguimiento del ritmo dado por la puntuación. 	-La rehabilitación se fundamenta en la exploración de las aferencias propioceptivas	<ul style="list-style-type: none"> - Discriminación visual de letras - Copiar en el espacio los trazos gráficos que no es capaz de reconocer. -Trabajar los sistemas perceptivos - Reproducir letras. - Reconocimiento de letras a partir de grafismos muy diferenciados a nivel óptico para aumentar progresivamente las características de similitud. - Ejercicios como complemento de orientación espacial. - Aprendizaje mecánico del alfabeto (que lo repita o explore visualmente para extraer una letra que se le ha solicitado). - Lectura de textos a velocidad uniforme. - Ejercicios para trabajar la distribución espacial. - Trabajos de seguimiento de línea y renglones. - Trabajar técnica de seguimiento de líneas con dedo. - Ejercicios de lectura del primer morfema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plantillas de letras (distinto tamaño, tipo de letra, grosor...) - Alfabeto - Plantillas de sílabas, palabras - Textos - Plantillas con distintos tipos de renglones. - Plantillas de lectura con distinta estructuración de espacio. - Plantillas con signos de puntuación.



	Patología	Objetivos	Metodología	Actividades	Recursos
				<ul style="list-style-type: none">- Ejercicios para trabajar la comprensión de textos derivada de la inadecuada separación de las palabras.- Ejercicios de prosodia.- Ejercicios de puntuación.- Ejercicios para trabajar los errores en la lectura por sustituciones, adiciones, omisiones, divisiones...	
Trastorno psicolingüístico	ALEXIA SUPERFICIAL	<ul style="list-style-type: none">- Mayor velocidad lectora.- Lograr una lectura fonológica adecuada (dadas sus dificultades en la vía fonológica).	<ul style="list-style-type: none">- Método semiológico-didáctico	<ul style="list-style-type: none">- Listas de palabras más o menos próximas a nivel semántico.- Regularización de palabras (ya que utilizan las reglas grafofonémicas estándares)- Trabajo de la dimensión perceptiva de los componentes visuoespaciales de los grafemas.- Frases con imágenes de secuencias o escenas de historietas secuenciarlas.- Trabajo de la dimensión acústico-articulatoria de los fonemas.- Lectura de palabras irregulares.	<ul style="list-style-type: none">- Listado de palabras de alta y baja frecuencia.- Imágenes- Frases- Historias- Secuencias
	ALEXIA FONOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">- Reforzar la dimensión perceptiva de los componentes visuoespaciales de los canales cinestésicos consolidados con el ejercicio de la escritura (en pacientes que no presenten alteraciones de tipo agráfico)	<ul style="list-style-type: none">- Método psicolingüístico- Lectura por la ruta no léxica (grafofonémica) para la lectura de seudopalabras.- Lectura por la ruta léxica.	<ul style="list-style-type: none">- Ejercicios de correspondencia grafofonémica.- Ejercicios de contraste de palabras con similitudes visuales (similitud de composición ortográfica)	<ul style="list-style-type: none">- Palabras de alta frecuencia y de baja frecuencia.- Palabras con distinta clase gramatical.- Lecturas



	Patología	Objetivos	Metodología	Actividades	Recursos
	ALEXIA PROFUNDA	<ul style="list-style-type: none"> - Lentificar el proceso lector y evitar la aproximación por la vía léxica o global - Reconocer los rasgos físicos y los signos gráficos para llegar a reconocer palabras. - Evitar la presencia de paralexias semánticas durante la lectura en voz alta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método semiológico-didáctico - Programa para reforzar las reglas de conversión grafema-fonema 	<ul style="list-style-type: none"> - Completar frases de clasificación semántica. -Emparejamiento entre imágenes y rótulos escritos. - Elección de la imagen que se corresponde a la palabra pronunciada por el logopeda. - Elección de la palabra escrita que se corresponde a la dicha por el logopeda. - Ejercicios sobre morfología por los errores que se cometen durante la lectura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Frases - Imágenes - Palabras escritas
	ALEXIA PERIFÉRICA				
	ALEXIA POR NEGLIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir eliminar las paralexias unilaterales. - Eliminar la tendencia a remplazar las letras iniciales en las palabras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia melódica entonacional - Terapia psicolingüística 	<ul style="list-style-type: none"> - Lectura de frases completas. - Lectura de comienzo de palabras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Frases - Palabras - Letras
	ALEXIA ATENCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar que el paciente enfoque la atención visual en una región particular del estímulo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de desbloqueo - Técnica de facilitación de los estímulos 	<ul style="list-style-type: none"> - Lectura de letra a letra dentro de una palabra pero no colocadas de forma aislada. - Nombrar los componentes de un conjunto visual. - Ejercicios de búsqueda visual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Listado de frases. - Listado con palabras. - Figuras - Dibujos



COMPRESIÓN LECTORA.	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Enseñar a relacionar el texto con los conocimientos.- Enseñar las estrategias de lectura.- Enseñar diferentes procesos para los que el usuario determina si lo que lee tiene sentido, es decir, a autoregular la comprensión lectora. □
Procedimientos	<ul style="list-style-type: none">* Formular preguntas.* Análisis del título.* Cuestionarios previos.* Estrategias de reconocimiento de palabras y de comprensión de los significados de las mismas: uso de claves contextuales, análisis estructural, consulta al diccionario...* Estrategias de construcción e integración de proposiciones para ser capaces de obtener el hilo de la progresión temática.* Introducción al texto que se leerá, para relacionar el tema con los conocimientos previos.* Modelado de la lectura y de la comprensión de un texto.* Comprensión de los textos narrativos, para ello es muy importante prever un doble proceso: a) la comprensión de los elementos que determinan la estructura (contestando las preguntas: ¿quién?, ¿qué?, cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde? Y b) la comprensión del curso de la acción: planteamiento, nudo y desenlace.* Práctica autónoma o independiente. □
Contenidos	<ul style="list-style-type: none">* INTERPRETAR<ul style="list-style-type: none">- Formarse una opinión.- Inferir significados por el contexto.- Estructurar ideas centrales.- Deducir conclusiones.- Relacionar datos.- Predecir consecuencias.* RETENCIÓN<ul style="list-style-type: none">- Conceptos fundamentales.- Datos para responder preguntas.- Detalles aislados.- Detalles coordinados.* ORGANIZAR<ul style="list-style-type: none">- Formular hipótesis y predicciones- Establecer consecuencias- Seguir las instrucciones.- Secuencializar situaciones.- Esquematizar.- Resumir y generalizar.- Encontrar datos concretos en la re-lectura.* VALORAR.<ul style="list-style-type: none">- Captar el sentido de lo que se está leyendo.- Establecer relaciones.- Deducir relación causa-efecto.- Separar situaciones reales de opiniones.- Diferenciar lo que es verdad, de aquello que es imaginario.



d) Evaluación de la escritura (agrafia) (Clasificación Neurocognitiva y funcional)

TIPOS	TAREA	SUBPRUEBA	TEST
AGRAFIAS CENTRALES	SUPERFICIAL	-Escritura al dictado de palabras de ortografía arbitraria. -Presentar dibujos para que escriban debajo el nombre (palabras de ortografía arbitraria). -Escritura de homófonos a partir de su definición.	-EPLA. -PROESC (cualitativo) -BARCELONA
	FONOLÓGICA	-Dictado de palabras y no palabras. -Comparación entre la ejecución de palabras y no palabras. -Saber el estadio en el que la lesión afecta al mecanismo de conversión grafema-fonema: a)Estadio previo de segmentación fonológica: tareas de segmentación fonológica. b)Proceso de conversión en grafemas: dictar cada uno de los grafemas y combinaciones de ellos individualmente.	-Dictado de logatomos (pseudopalabras). -Dictado pseudopalabras. -Dictado de palabras y de no palabras.
AGRAFIAS PERIFERICAS	NIVEL GRAFÉMICOS	-Estadio común a ambas rutas. -Pacientes muestran dificultades tanto al escribir palabras como no-palabras y tanto frecuentes como infrecuentes. -Errores son de sustitución de fonemas y sobre todo los menos frecuentes. -La principal fuente de diagnóstico: a)Comparar la ejecución del paciente en las distintas tareas de escritura y el análisis de los errores. b)Decirle al paciente el nombre de un fonema para que señale entre cuatro letras la que corresponde. Respecto al retén grafémico (memoria a corto plazo donde se retienen los grafemas antes de ser escritos), la variable fundamental es la longitud de palabra. -Comparación entre palabras largas y cortas. -Pruebas de memoria a corto plazo (amplitud de memoria de dígitos y capacidad de retención de letras y palabras)	-EPLA. -PROESC. -BARCELONA. -BARCELONA.
	NIVEL ALOGÁFICO	-Copias que exijan pasar de un tipo de letra a otro, por ejemplo se le presenta una frase con las palabras en mayúsculas para que lo escriba en minúsculas o viceversa. -Dictado de nombres propios y comunes para comprobar si se sabe cuando tiene que utilizar mayúsculas y minúsculas. -Contrastrar la escritura a mano con la escritura a máquina.	-Dictado. -Copias. -No baremable. Análisis cualitativo.
PROCESOS MOTORES		-Presentación de palabra, frase o texto para que lo escriba en ambas modalidades. -Si tiene un problema motor grave utilizar: letras de plástico o madera.	-No baremable. Análisis cualitativo

