

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“LA EFICACIA QUE TIENE LA TERAPIA DEL LENGUAJE EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON AFASIA EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT DE GUATEMALA”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO
DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

MARIA DEL PILAR SAID FLORES

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
TERAPISTA DEL LENGUAJE**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

TÉCNICA UNIVERSITARIA

GUATEMALA, JUNIO DE 2011

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTE ESTUDIANTEL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs.

Archivo

Reg. 52-2011

DIR. 972-2011

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

05 de mayo de 2011

Estudiante

Maria del Pilar Said Flores

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE GUIÓN DOS MIL ONCE (947-2011), que literalmente dice:

"NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE": Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"LA EFICACIA QUE TIENE LA TERAPIA DEL LENGUAJE EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON AFASIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA"** De la carrera de Terapia del Lenguaje, realizado por:

Maria del Pilar Said Flores

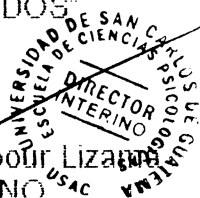
CARNÉ No. 2005-14143

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Claudia del Cid y revisado por el Licenciado Estuardo Bauer Luna. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

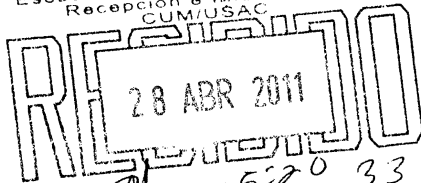
Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



/Zusy G.



CIEPs 052-2011
REG: 033-2010
REG: 033-2010

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

INFORME FINAL

Guatemala, 25 de Abril 2011

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Estuardo Bauer Luna ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

**"LA EFICACIA QUE TIENE LA TERAPIA DEL LENGUAJE EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON AFASIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DE
GUATEMALA."**

ESTUDIANTE:
María del Pilar Said Flores

CARNÉ No:
2005-14143

CARRERA: Terapia del Lenguaje

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 04 de Abril 2011 y se recibieron documentos originales completos el día 12 de Abril 2011, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE INTERESIÓN

"DID Y ENSEÑAR A TODOS"

Mayra Friné Luna de Álvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. "Mayra Gutiérrez"



cc: archivo
Asela



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 053-2011

REG: 033-2010

REG 033-2010

Guatemala, 25 de Abril 2011

Licenciada Mayra Feiné Luna de Álvarez, Coordinadora

Centro de Investigaciones en Psicología

-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna,

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**"LA EFICACIA QUE TIENE LA TERAPIA DEL LENGUAJE EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON AFASIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DE
GUATEMALA."**

ESTUDIANTE:

María del Pilar Said Flores

CARNE


2005-11113

CARRERA: Terapia del Lenguaje

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 23 de Marzo 2011, por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"


Estando Estuardo Bauer Luna
DOCENTE REVISOR



Attn: archivo

Febrero 07, de 2011.

Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora Centro de Investigaciones en
Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
CUM

Estimada Licenciada Alvarez:


Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado "La eficacia que tiene la terapia del lenguaje en pacientes diagnosticados con afasia en el Hospital Roosevelt de Guatemala" realizado por la estudiante MARIA DEL PILAR SAID FLORES, CARNÉ 2005-14143.

El trabajo fue realizado a partir de febrero de 2010 hasta febrero 2011.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciada Claudia del Cid
Psicóloga y Terapeuta del Lenguaje
Colegiado No. 0249
Asesora de contenido



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs: 002-2011

REG: 033-2010

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 27 de Enero 2011

ESTUDIANTE:
Maria del Pilar Said Flores

CARNÉ No.
2005-14143

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera **Terapia del Lenguaje** titulado:

**" LA EFICACIA QUE TIENE LA TERAPIA DEL LENGUAJE EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON AFASIA EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT DE GUATEMALA."**

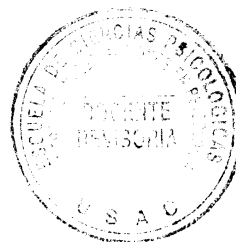
ASESORADO POR: Licenciada Claudia del Cid

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigación, el día 26 de Enero 2011, por lo que se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

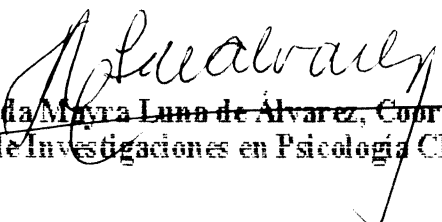
Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Estuardo Bauer Luna
DOCENTE REVISOR



Vo.Ba.


Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora.

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"

/Arelis

cc: archivo





HOSPITAL ROOSEVELT

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Guatemala 09 de febrero de 2011

Licenciada

Mayra Luna de Alvarez

Coordinadora Centro de Investigaciones en Psicología

-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas,

CUM

Licenciada Alvarez:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante Maria del Pilar Said Flores, carné 2005-14143 realizó en este Hospital en el área de medicina física y rehabilitación, observación y estudio de casos con pacientes afásicos, además de 14 entrevistas con el apoyo de tres terapeutas del lenguaje para obtener información sobre los resultados del tratamiento de nuestros pacientes, como parte de la Investigación titulada "La eficacia que tiene la terapia del lenguaje en pacientes diagnosticados con afasia en el Hospital Roosevelt de Guatemala" en el período comprendido de agosto 2010 a enero 2011, en horario de 7:00 a 11:00 horas.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Dr. Jorge David Morales G.

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Colegiado 4,177

Dr. Jorge David Morales
Jefe del departamento
Medicina Física y
Rehabilitación



Patricia Celis

Licda. Patricia Celis
Supervisora del área
Terapia del Lenguaje

ACTO QUE DEDICO

A LA VIDA:

Porque me coloca delante de desafíos que me ponen a prueba y me permiten demostrar mi coraje y voluntad de cambio diariamente.

A MI ABUELITO:

Marco Aurelio Flores, ahora un angelito más en el cielo, quien fue y sigue siendo mi abuelito, mi padre y mi amigo, que me cuida y quien siempre creyó en mí y en mi carrera.

A MI MADRE:

Amelia Flores, una admirable mujer, que más que madre y padre ha sido mi ejemplo a seguir, como persona y como profesional. Gracias mami por tu amor, cariño, comprensión y apoyo en todo momento y por enseñarme el valor de lograr lo que nos proponemos en la vida. Te amo.

A MI HERMANA:

Fatimah, que más que mi hermana es mi amiga, confidente y apoyo incondicional en todo momento; gracias por la confianza que depositas en mí siempre.

A MI ABUELITA:

Margarita, que siempre está interesada y emocionada por cada una de mis actividades. Gracias por siempre estar pendiente y preocupada por mí.

A MIS AMIGAS:

Mis amigas, mi apoyo, mis confidentes y mis colegas terapistas del lenguaje, gracias por compartir tantos momentos y aprendizajes conmigo, las quiero mucho.

A todas las personas que creyeron en mi carrera y me apoyaron siempre a culminarla.

AGRADECIMIENTOS

A: Universidad San Carlos de Guatemala por reflejar la realidad nacional.

A: Escuela de Ciencias Psicológicas, por abrirme las puertas e incentivar mi formación como profesional.

A: Licenciada Claudia del Cid, por su asesoría, su apoyo, recomendaciones y consejos en todo mi proceso de investigación. Muchas gracias por toda su orientación.

A: El Hospital Roosevelt de Guatemala, específicamente al área de medicina física y rehabilitación, por permitirme realizar mi investigación y apoyarme en el proceso de la misma.

A: Licenciada Patty Célis, coordinadora del área de terapia del lenguaje del Hospital Roosevelt de Guatemala, por su apoyo y su orientación durante mi investigación.

A: Las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala que contribuyeron en el proceso.

A: Licenciado Estuardo Bauer, por su revisión, apoyo y dedicación durante la elaboración de mi trabajo de investigación. Gracias por su paciencia.

A: Las personas que me han acompañado en mi proceso educativo, todas mis catedráticas que lograron que me enamorara cada vez más de mi carrera.

MADRINAS DE GRADUACIÓN

Licda. Carla Carrera
Licenciada en Psicología
Colegiado No. 5857

Dra. María Amelia Flores
Doctora
Colegiado No. 3135

ÍNDICE

Prólogo	1
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	
1.1 Introducción	3
1.2 Marco Teórico	9
CAPÍTULO II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1 Descripción de la muestra	34
2.2 Estrategia metodológica	35
2.3 Técnicas y procedimientos de trabajo	
2.4 Instrumentos de recolección de datos	37
2.5 Análisis estadístico	
CAPÍTULO III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
3.1 Presentación	38
3.2 Vaciado de información de las técnicas e instrumentos	39
3.3 Interpretación final	49
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	52
4.2 Recomendaciones	53
Bibliografía	56
Anexos	58
Resumen	

PRÓLOGO

El lenguaje permite la comunicación de una persona con su entorno social, facilitándole interactuar y expresar emociones para sentirse un sujeto activo, su pérdida repentina provoca el aislamiento, dificultando sus interacciones sociales, afectando sus relaciones interpersonales e impidiéndole un desarrollo eficaz en áreas de su vida como en el trabajo, los grupos sociales y el entorno familiar, entre otros.

Día a día las personas se encuentran en constante riesgo de ser víctimas de una Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), se pueden ver afectadas las estructuras cerebrales y como consecuencia se ven comprometidas las áreas del funcionamiento del cuerpo o bien del lenguaje, cambiando totalmente la vida de una persona de un segundo a otro, cuando esto sucede generalmente se realiza un diagnóstico de afasia y procede comenzar un tratamiento multidisciplinario para lograr su rehabilitación.

La terapia del lenguaje tiene como objetivo principal mejorar las facultades de comunicación del paciente con su entorno social y es fundamental para trabajar con las reacciones negativas que tiene un paciente diagnosticado con afasia, al recuperar parcial o totalmente sus facultades de comunicación una persona logra integrarse nuevamente a sus actividades diarias y se siente parte de la sociedad como un sujeto activo, el lenguaje le permite mejorar sus relaciones personales y desarrollarlas adecuadamente; el terapeuta es el encargado de llevar a cabo este tratamiento, comenzando con brindar herramientas básicas y alternativas para que el paciente se pueda comunicar con las personas que lo rodean, es decir, que el compromiso que tiene en relación a atender las dificultades que causa la afasia es permitirle ser nuevamente un sujeto participativo de la sociedad.

El trabajo de investigación surge de la necesidad de comprobar si la Terapia del Lenguaje que reciben los pacientes diagnosticados con afasia es eficaz y con la misma se puede lograr la rehabilitación total del lenguaje, ya sea comprensivo o expresivo; se considera que el tratamiento puede tener mejores resultados si el paciente presenta alterada únicamente la capacidad de expresarse con fluidez y no la de comprender lo que sucede en su entorno; siendo, en ambos casos la terapia un proceso complejo en el que la persona debe colaborar para lograr sus objetivos y cumplir el pronóstico establecido por el Terapeuta del Lenguaje.

Para lograr comprobar la eficacia del tratamiento que se les brinda a los pacientes se debe comenzar estableciendo la predominancia de los pronósticos positivos que se realizan en el Hospital cuando se presentan estos casos, debido a que en ocasiones es negativo y no se obtienen avances en el proceso de rehabilitación.

La modalidad de tratamiento que se brinda en el Hospital Roosevelt a los pacientes diagnosticados con afasia de Broca es de vital importancia para comprobar la eficacia del mismo y para lograr determinar si es la adecuada para obtener resultados positivos en el tratamiento y de esta forma comprobar si las personas que asisten a tratamiento logran, a largo o corto plazo, rehabilitar sus facultades de comunicación.

La importancia de reconocer la eficacia de la Terapia del Lenguaje es que tanto los pacientes afásicos como sus familiares se dediquen y comprometan al tratamiento para lograr la rehabilitación total de sus facultades como sujeto activo y participativo de la sociedad; al recuperar su capacidad para comunicarse y recuperar su lenguaje fluido, deja de limitar su desarrollo como persona y es capaz nuevamente de mantener una participación activa con las personas a su alrededor.

Maria del Pilar Said Flores.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción:

Una enfermedad es un proceso de desequilibrio de un ser vivo caracterizado por una alteración en su salud, sus causas por lo general son conocidas y se manifiesta a través de ciertos síntomas y signos característicos; padecer un padecimiento provoca un desequilibrio físico, mental y social en quienes lo padecen y genera un trastorno en la función o estructura de una o varias partes del cuerpo.

La situación de salud en Guatemala está pasando de un perfil epidemiológico caracterizado por el predominio de las enfermedades infectocontagiosas a uno en el que prevalecen las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), los cambios en la forma de vida provocan la coexistencia de obesidad, hipertensión arterial y diabetes. Un estudio reciente comprueba que entre 1986 y 1999 el porcentaje de mortalidad por enfermedades transmisibles y perinatales disminuyó de 40% a 27%, mientras que la mortalidad por ECNT ha ido aumentando; en 1969, la tasa de mortalidad por enfermedades cerebro vasculares (ECV) en hombres era de 65,9 por 100, 000 habitantes y en 1986 fue de 80 por 100 000 habitantes; en mujeres, la tasa de mortalidad por ECV también aumentó al pasar de 66,2 por 100 000 habitantes en 1969 a 73,5 por 100 000 habitantes en 1986, en el periodo comprendido entre 1986 y 1999, el porcentaje de mortalidad debido a ECV se incrementó de 7% a 13%.

El sobrepeso en la población adulta es el único factor de riesgo de ECNT que se ha logrado medir a nivel nacional en Guatemala, la Encuesta Nacional sobre condiciones de vida reveló que la prevalencia de sobrepeso se ha elevado a 48%; la obesidad, al igual que la inactividad física y los aspectos relacionados con la

alimentación, se consideran factores fundamentales en la etiología de la diabetes y de la hipertensión arterial.

Los padecimientos crónicos, en gran medida son prevenibles, y los factores de riesgo que las originan se encuentran claramente definidos, conociendo que éstas se adquieren mediante la práctica de estilos de vidas inapropiados, es importante tomar en cuenta que en menor proporción existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que contribuyen a su causa.

La enfermedad cerebro vascular (ECV) se define como la patología en la que en una parte del cerebro el riego sanguíneo se interrumpe debido a un bloqueo o la ruptura de un trombo, ocasionando daño cerebral, permanente o transitorio de una o más áreas, pudiendo ocasionar síntomas y secuelas neurológicas; la literatura define dos tipos: el isquémico y el hemorrágico.

La mala calidad de vida ha influido en el aumento de número de casos de enfermedades crónicas y en consecuencia, el de pacientes diagnosticados con afasia por una ECV secundaria a estas patologías; se conoce que una de las principales causas de las ECV, la constituyen estas enfermedades, específicamente la diabetes y la hipertensión arterial, que representan las primeras causas de morbilidad y mortalidad en Guatemala, a pesar que cuenta con la problemática de atravesar por un proceso de transición entre las enfermedades infecciosas que persisten epidemiológicamente y la elevación de casos de enfermedades crónicas; otras causas comunes son el alcoholismo, el tabaquismo y los impactos craneales; los niveles de violencia e inseguridad actual en nuestro país afectan a las personas día a día, que se encuentran en constante riesgo de ser víctimas de trauma craneal por accidentes o impacto con armas de fuego.

Las personas están en constante riesgo de ser víctimas de un ECV, cualquier lesión cerebral es potencialmente grave, ya que puede afectar directamente las

estructuras cerebrales o comprometer las áreas del funcionamiento del cuerpo o bien del lenguaje secundario a un ECV, se pueden presentar alteraciones como descoordinación motora, problemas de equilibrio, trastornos cognitivos, específicamente en la atención, la memoria, la formación de conceptos, la solución de problemas, el cálculo y la orientación; así como dificultades en el lenguaje, sea comprensivo, expresivo o ambos, la persona recibe un tratamiento multidisciplinario en el que intervienen áreas como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del lenguaje para su rehabilitación.

A la pérdida del lenguaje previamente adquirido como consecuencia de una lesión cerebral se le conoce como afasia, clasificada de acuerdo al área del cerebro que se encuentre afectada; provoca la incapacidad de comunicarse con otras personas y expresar, de esta forma, deseos o necesidades personales, además de otras repercusiones en su funcionamiento motor del cuerpo.

Las ECV presentan dentro de la sintomatología, afasia con pérdida del lenguaje, generalmente acompañada de dificultad para relacionarse con su entorno social y el consecuente aislamiento al mundo que lo rodea, el paciente afásico, debe recibir un tratamiento multidisciplinario y la terapia del lenguaje es uno de los componentes más importantes en su rehabilitación, el objetivo primordial es retomar sus habilidades para expresarse en función de la integración a sus actividades cotidianas.

El lenguaje es una categoría abstracta con la que se designa la comunicación de una información dada a través de diferentes medios, empleando signos que transmiten significados, tiene la capacidad de articular pensamientos formando estructuras complejas que adquieren nuevas capacidades de significación y es un medio de comunicación exclusivo de los seres humanos utilizado para comunicar una realidad, un deseo, una admiración o para preguntar o dar una orden, es decir, permite la comunicación con su entorno social,

permitiéndole interactuar y expresar emociones para sentirse un sujeto activo de la sociedad.

La pérdida del lenguaje puede provocar el aislamiento de la persona con su entorno; dificultando sus relaciones sociales; en los casos diagnosticados con afasia se ve afectada la comunicación del paciente, perjudicando sus relaciones interpersonales e impidiéndole un desarrollo eficaz en diferentes áreas de su vida como en el trabajo, los grupos sociales y la interacción familiar, entre otros, lo que provoca su distanciamiento y como consecuencia puede presentar episodios depresivos por no sentirse un sujeto útil y participativo como recordaba serlo.

La terapia del lenguaje es una parte del tratamiento multidisciplinario que recibe un paciente afásico para lograr la rehabilitación del lenguaje e integrarse nuevamente a sus actividades cotidianas como un sujeto participativo, el terapeuta del lenguaje es el encargado de llevar a cabo el tratamiento, comenzando con brindar herramientas básicas, alternativas para que el paciente se pueda comunicar con las personas que lo rodean.

El trabajo del terapeuta del lenguaje con un paciente afásico es permitirle retomar el control de una capacidad de comunicación amplia e integral, que permite su desempeño, pues salir de ese sistema comunicativo es quedar aislado, es decir, fuera de las dinámicas sociales completas.

En 1991, dos estudiantes de la Universidad San Carlos de Guatemala, Ana Beatriz Vizquerra Melgar y Gerty Lineth Veliz realizaron una investigación con fines de graduación de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje, donde resaltan la descripción del proceso llevado a cabo por una terapeuta del lenguaje cuando interviene en un caso de afasia cuando han padecido un ACV, titulada "Evaluación, diagnóstico y tratamiento de terapia del lenguaje en pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular". Esta investigación comienza definiendo la afasia como

un trastorno del lenguaje asociado con una lesión cerebral, explica como al padecer un ECV en la terapia del lenguaje se debe realizar un proceso de evaluación al paciente y establecer un diagnóstico que puede ser afasia de Broca, de Wernicke o mixta, de acuerdo al mismo se elabora el plan de un tratamiento el cual se explica en este trabajo, se describen los tipos de intervención que se pueden aplicar a los pacientes afásicos.

La presente investigación titulada "La eficacia que tiene la terapia del lenguaje en pacientes diagnosticados con afasia en el Hospital Roosevelt de Guatemala", surge de la necesidad de comprobar que la Terapia del Lenguaje es eficaz y que con una actividad permanente, se puede lograr la rehabilitación total del lenguaje, desde el punto de vista comprensivo y/o expresivo; reconociendo la importancia que, tanto los pacientes como sus familiares se dediquen y comprometan al tratamiento para lograr la rehabilitación de sus facultades como sujeto activo y su incorporación en el entorno social al que pertenece, mediante la recuperación de su capacidad de comunicación.

La pérdida de la capacidad de comunicación provoca el aislamiento de la persona y como consecuencia presenta reacciones emocionales negativas como frustración, mal humor, se enoja fácilmente, puede ser violento o agresivo, manifiesta tristeza, se victimiza o se desespera al no poder expresar sus necesidades y pensamientos; en ocasiones los familiares consideran que es más importante la rehabilitación de sus facultades motoras, como la recuperación del movimiento de sus piernas o sus manos, sin embargo, se debe reconocer el trabajo del terapeuta del lenguaje para regresarle su sistema de comunicación y lograr su integración al mundo.

Este informe final se separa en cuatro capítulos que son; el capítulo I titulado Introducción, que es la sección inicial en la que se establece el propósito y los objetivos del trabajo realizado y se hace la explicación teórica y de definiciones

básicas que conforman los elementos del trabajo. El capítulo II, técnicas e instrumentos, es donde se encuentra descrita la población con la que se trabajó, la estrategia metodológica y las técnicas utilizadas en el trabajo de campo para recopilar la información y comprobar los objetivos principales de la investigación, específicamente, comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje. En el capítulo III, titulado presentación, análisis e interpretación de resultados, se encuentran narrados e interpretados a través de cogniciones concretas, los datos recopilados con el instrumento utilizado en la investigación, para finalizar, en el capítulo IV se encuentran las conclusiones y recomendaciones a las que se llega al finalizar el proceso de la presente investigación.

Se espera que este trabajo sea de orientación y de ayuda a la comunidad, específicamente a los terapeutas del lenguaje que trabajan directamente con casos de afasia y que en ocasiones no logran avances en el tratamiento que les brindan y buscan formas alternativas para observar progreso en el paciente; así mismo se espera que este trabajo sea de ayuda y orientación para los familiares o el mismo paciente afásico que vive un proceso difícil y espera que con la ayuda del equipo multidisciplinario que interviene en la rehabilitación vuelva a ser la persona que era antes del diagnóstico.

1.2 Marco Teórico:

1.2.1 Descripción

“La afasia es la pérdida de la capacidad del uso del lenguaje secundaria a una lesión de las áreas cerebrales involucradas en la producción y recepción del lenguaje. En algunas ocasiones en la literatura neurológica se emplea el término de disfasia como equivalente o para denotar una afasia con menor grado de severidad, sin embargo, en el ámbito de la patología del lenguaje se hace una clara distinción entre ambos términos: afasia se refiere a los problemas de lenguaje secundarios a una lesión neurológica evidente mientras que con disfasia se denotan los trastornos del lenguaje específicos o del desarrollo”,¹ esta diferenciación es importante para comprender y aplicar el término de afasia.

“Disfasia es la pérdida parcial y afasia es la pérdida total del habla debido a una lesión cortical en las áreas del lenguaje”,² todas las teorías neurofisiológicas que explican el funcionamiento de la corteza cerebral en relación con el lenguaje se deben a los estudios y trabajos de investigación realizados sobre la afasia, los pacientes afásicos son los que han permitido a los neurólogos adentrarse en este campo tan complejo.

Las primeras investigaciones se realizaron en autopsias; actualmente existe el recurso del electroencefalograma para poder determinar la localización y extensión de la zona cortical dañada, el avance científico en bioquímica celular y electrónica abre un campo amplio y profundo a la neurofisiología del lenguaje.

¹ Flores Ávalos, Blanca Gracela, Las Afasias: conceptos clínicos, Editorial Secretaria de la salud, México D.F, 2002, pp. 10.

² Nieto Herrera, Margarita E., Anomalías del lenguaje y su corrección, Francisco Méndez Oteo, México, 1981, pp. 93.

En las investigaciones más recientes se han podido practicar estimulaciones eléctricas en la corteza directamente en pacientes vivos provocando reacciones sorprendentes que darán nuevas luces a la fisiopatología del lenguaje y en el tratamiento de la afasia. Actualmente en nuestro país, con los niveles de violencia e inseguridad presentados, las personas están en constante riesgo de ser víctimas de trauma craneal; ya sea a causa de armas de fuego o por accidentes, cualquier lesión en esta área es potencialmente grave, ya que puede lesionar directamente las estructuras cerebrales o comprometer las áreas del funcionamiento de su cuerpo o bien del lenguaje.

1.2.2 Antecedentes

A pesar que se habían publicado diversos estudios sobre los trastornos del lenguaje; la historia de la afasia comienza a principios del siglo XIX; teniendo el mérito Gall, en 1810, cuando calificó el cerebro como el órgano de actualización de las facultades psíquicas y como un órgano jerarquizado cuya estructura condiciona las funciones dispuestas en estadios, Gall esboza entonces la primera concepción localizadora del lenguaje.

J.B. Bouillaud, inspirado por las ideas de Gall, afirma en 1825, basado en pruebas patológicas, la localización de la facultad del lenguaje articulado, y propone los lóbulos anteriores como el asiento de esta facultad, contra todas las críticas, reitera sus afirmaciones en 1839, y luego en 1848, cada vez con más pruebas; Broca, en 1861, afirma "que las grandes regiones del espíritu corresponden a las grandes regiones del cerebro", con ello, fundaba la neuropsicología,³ sin embargo, en sus estudios, Bouillaud ignora el papel que desempeña el hemisferio izquierdo respecto al lenguaje; los hechos de observación que relata son imprecisos o conciernen a lesiones del hemisferio derecho.

³ Hecaen H., Dubois J., El nacimiento de la neuropsicología del lenguaje, 1825-1865, Fondo de Cultura Económica, México, 1983, pp. 12.

Bouillaud, respecto a sus observaciones, escribe: "Cuando entre los síntomas encontraba el de pérdida de la palabra, concluía que en el capítulo de las alteraciones anatómicas iba a encontrar una lesión de los lóbulos anteriores; cuando, por el contrario, de la descripción de las lesiones orgánicas surgía una desorganización de los lóbulos anteriores, me decía que, al consultar los síntomas trataría la pérdida de la palabra",⁴ este razonamiento limita a la afasia en un tipo determinado, es decir el predominio de la anartria, y a una localización específica, el lóbulo frontal; advierte entonces la dicotomía existente en las perturbaciones del lenguaje.

Broca declaró, luego de realizar diferentes observaciones: "Las facultades superiores del entendimiento, consideradas en la raza humana, crecen y decrecen con los lóbulos anteriores del cerebro, por lo que me parece difícil no concluir de ello que las facultades más elevadas tienen su sede en las circunvoluciones frontales",⁵ esta declaración indica que toma partido a favor del principio de las localizaciones; realizó diversas observaciones a pacientes enfermos en los cuales su lenguaje se encontraba alterado; concluyendo una extraña predilección de las lesiones por el hemisferio izquierdo.

Broca llamó "afemia" a la ausencia del habla que había encontrado, la definió como la pérdida del lenguaje articulado en ausencia de parálisis de la lengua, dificultades en la comprensión o pérdida de la inteligencia,⁶ gracias a las observaciones del médico Parrot queda demostrada la importancia para el lenguaje de la parte frontal del hemisferio izquierdo, en esta época el doctor Gustave Dax publica una memoria en la que desea probar la coincidencia entre la perturbación del lenguaje y la existencia de una lesión en el hemisferio izquierdo del cerebro;

⁴ Cazayus, Paul, La Afasia desde el punto de vista del psicólogo, Editorial Herder, Barcelona, 1981, pp.22.

⁵ Ibid, pp.25.

⁶ Flores Ávalos, Blanca Graciela, Las Afasias: conceptos clínicos, Editorial Secretaria de la salud, México D.F, 2002, pp. 5.

basado en la observación de 140 casos realizada por su padre, Marc Dax, en los que la lesión que había determinado la pérdida de la palabra residía en el hemisferio izquierdo, concluye que es en este hemisferio donde se debe buscar la causa del trastorno cuando la memoria verbal se ve alterada por una lesión del cerebro.

En 1865, gracias a la publicación del doctor Gustave Dax, se establecen dos hechos importantes: la preponderancia del hemisferio izquierdo para las operaciones del lenguaje, planteada por Dax, y la localización de esa preponderancia en el tercio posterior de la tercera circunvolución frontal, concluida por Broca.

Realizando una revisión de la hipótesis de Broca, se realizan otras observaciones, entre las cuales Charcot señala un caso de pérdida de la palabra con reblandecimiento de la cisura de Silvio y con destrucción de una parte del lóbulo temporal y sin lesión alguna de las circunvoluciones frontales, se comprueba que la sintomatología de las perturbaciones del lenguaje era más diversa y compleja de lo que se había pensado; además del síndrome que se caracterizaba por la pérdida de la palabra, se debía considerar síndromes como la verbalización incontrolada o una sintaxis desorganizada.

De acuerdo con las conclusiones obtenidas de la observación de Charcot; se debía suponer que las deficiencias se encontraban ligadas a lesiones diferentes de naturaleza motora; es decir, que anatómicamente, las sedes de las lesiones deberían de estar localizadas de modo diferente; y clínicamente, el lenguaje tendría que ser interpretado como un proceso de orden sensorial y perceptivo. El médico inglés sostiene esta tesis en 1869, y plantea que los trastornos del lenguaje se deben analizar en términos de deficiencias particularizadas correspondientes a los diversos aspectos de la comunicación por signos, además,

afirma que el centro indicador de la verbalización no es un centro motor o cinestésico, sino un centro auditivo.

En 1870, dos fisiólogos, Fritsch e Hitzig realizaron diversos experimentos practicados en animales para comprobar la existencia de localizaciones cerebrales, si estos datos experimentales se relacionan al problema del lenguaje, se admite que son varios los centros que intervienen en la elaboración de la actividad verbal y que, en consecuencia, la destrucción de cualquiera de ellos produciría una deficiencia de naturaleza correspondiente.

La tendencia que se tenía a convertir los centros corticales de expresión y de recepción en centros de imágenes concordaba con la ideología asociacionista, un ejemplo de esto se puede ver en la primera interpretación que hace el alemán Wernicke de la afasia, que decía que pensamiento y lenguaje son dos procesos originariamente independientes, considerado bajo su aspecto funcional, el ejercicio del lenguaje reside en el acoplamiento del mecanismo cerebral que relaciona las imágenes auditivas de las palabras con su reproducción motora verbal e interpretado desde el lenguaje abstracto y el pensamiento simbólico, lenguaje y pensamiento se pueden hallar en estados de dependencia y sus elementos primarios pueden ser de especie diferente.

Wernicke escribe: “Lo peor que podría sucederle al estudio de la afasia sería que se llegara a considerar los trastornos de la inteligencia que en este caso se presentan como pertenecientes al cuadro de la enfermedad,”⁷ esta confusión se da porque algunos trastornos de la formulación dan la sensación que el sujeto es incapaz de dominar su pensamiento, y que, están alteradas las operaciones de su inteligencia, cuando en realidad su incomprensión y su carencia de dominio se deben a la pérdida de alguna categoría de imágenes.

⁷ Cazayus, Paul, Opcit, pp.29.

En el plano anatómico y tomando en cuenta las observaciones que realizó Broca y las observaciones que restan valor a la hipótesis de una localización, se considera que, si la región frontal está en su parte inferior y posterior relacionada con el lenguaje como proceso de articulación; también la región temporal, en el borde de la cisura de Silvio y, más atrás hacia el pliegue curvo, se relaciona con el lenguaje como proceso de recepción de sonidos y de audición verbal; así quedan definidos los tipos de afasia y, eventualmente, las variedades de estos.

En 1885 Wernicke propuso una clasificación que comprendía siete variedades diferentes de la afasia, para realizar esta clasificación se basó en criterios como la distinción entre los aspectos motor y sensorial y la diferenciación entre niveles o estadios de la corteza cerebral: cortical, subcortical, transcortical, reservando un apartado a la afasia de conducción.

Bastian y Wernicke comienzan un período en el que la interpretación dominante es el de la organización cerebral como sistema compuesto por diversos centros con funciones y contenidos determinados, la destrucción de un centro traerá como consecuencia la pérdida de uno u otro orden de imágenes; la destrucción de las fibras de comunicación entrañará una perturbación del lenguaje cuando impida la evocación de unas imágenes por otras, afasia de conducción; a fines del siglo, Déjerine distingue, una afasia de expresión y una afasia de comprensión, así como una forma mixta, combinación de las dos anteriores: la afasia total.

1.2.3 Neuropsicología

Los objetivos principales que pretende la Neuropsicología clásica son:

- Instaurar el tipo de correspondencias que tienen lugar entre las lesiones del cerebro y los trastornos funcionales del lenguaje.

- Elaborar clasificaciones que den cierto orden a la enorme variedad de trastornos existentes.

El enfoque de la Neuropsicología cognitiva:

A principios de la segunda mitad del siglo XX, empieza a considerarse el hecho de que los supuestos teóricos del enfoque clásico no eran suficientes ni adecuados si lo que se pretendían era llegar a dar una explicación acerca de lo que estaba sucediendo en los sistemas de procesamiento de lesionados cerebrales y así proporcionarles la ayuda adecuada para recuperar la facultad del lenguaje.

Se considera la Psicología cognitiva como la ciencia que pretende dar con las secuencias de operaciones o procesos mentales que tiene que llevar a cabo una persona mientras está realizando una tarea, partiendo de este objetivo, se elaboran modelos que explican el funcionamiento de esos procesos y sus mecanismos de procesamiento responsables con la finalidad de poder predecir la respuesta del sujeto ante la ejecución de determinadas tareas, en función de la tarea que esté realizando el sujeto, los mecanismos o procesos en funcionamiento serán unos u otros, y por lo tanto diferentes e independientes entre sí.

De acuerdo con Coltheart se pueden concretar los objetivos básicos de la Neuropsicología cognitiva en los siguientes: explicar los patrones de procesos cognitivos que se ven alterados y de los que permanecen preservados en los sujetos con daño cerebral y obtener información sobre el funcionamiento del sistema cognitivo gracias al estudio de los patrones de conducta de los sujetos con daño cerebral.

Caramazza resume en tres enunciados el sentido que tiene estudiar la conducta de los pacientes para posteriormente obtener información acerca del funcionamiento del sistema cognitivo normal:

- Las ejecuciones del sistema cognitivo sano son la consecuencia del funcionamiento de un conjunto de elementos o procesos que lo forman.
- Las ejecuciones alteradas de los sujetos con daño cerebral son el producto de la actuación de un sistema de procesamiento deteriorado a nivel funcional.
- La investigación básica de la neuropsicología debe apuntar hacia el objetivo de determinar en cada paciente si el patrón de actuación se puede explicar gracias a la alteración funcional de los componentes del sistema de procesamiento.

Caramazza propone cuatro variables que entran en juego en la ejecución de un sujeto con daño cerebral:

- La colaboración que se le imputa al efecto real del supuesto daño en uno o más componentes del procesamiento.
- La existencia de cierta variación en la ejecución de las tareas a nivel individual, lo que es normal incluso en los sujetos sin daño cerebral.
- El producto de las estrategias compensatorias que puede realizar el cerebro lesionado debe utilizar las estructuras ya existentes para ejecutar tareas determinadas gracias al desarrollo de esas estrategias.
- Efectos resultantes de la alteración de otros componentes de los que depende el componente o componentes que, según la hipótesis, están alterados.

Los supuestos propuestos por Caramazza resultan ser los cimientos imprescindibles en los que se va a sustentar el modelo teórico que explique la arquitectura del sistema cognitivo, gracias a la aplicación de estos supuestos a la Neuropsicología, se establece una relación explicativa entre las alteraciones del paciente con lesión cerebral y la comprensión de los procesos en los sujetos

normales; a partir de estos estudios neuropsicológicos del cerebro se dispone de una buena organización de las funciones cognitivas que realizan las diferentes zonas del cerebro.

La Neuropsicología cognitiva del lenguaje:

El objetivo que persigue la Neuropsicología cognitiva del lenguaje es identificar los subsistemas computacionales que subyacen al procesamiento del lenguaje, la meta es estudiar los niveles de procesamiento de la facultad del lenguaje en el paciente con alteraciones del lenguaje, entonces, se considera la afasia como un déficit que afecta a alguno de estos componentes del sistema de procesamiento y no de las actuaciones lingüísticas.

Coltheart, Sartori y Job apuntan los supuestos relevantes del enfoque cognitivo que son aplicables al estudio de las alteraciones del lenguaje, que se producen como resultado de una lesión cerebral y que proporcionan información para elaborar y poner a prueba los modelos acerca del procesamiento del lenguaje en sujetos normales, estos supuestos son los siguientes:

- El primero sugiere la existencia de un sistema interno de distintos tipos de procesamiento de la información que interviene proporcionando la forma de las representaciones lingüísticas transformándolas tanto a nivel de la producción como de la comprensión del lenguaje, en sus distintas modalidades.
- El segundo hace referencia al carácter modular del sistema de procesamiento lingüístico.
- El tercero se refiere a la posibilidad de utilizar dos tipos de metodologías de investigación en lo que respecta al procesamiento del lenguaje, bajo la hipótesis de la modularidad.

Los supuestos propuestos por Coltheart, Sartori y Job contrastan con los que asumía la tradición clásica del estudio de las alteraciones del lenguaje, y concretamente de las afasias, y que se basan en las observaciones clínicas e interpretaciones teóricas principalmente de Broca, Wernicke y Lichtheim, en el enfoque clásico se reconocen tipos de síndromes afásicos diagnosticados sobre la base de cuatro dominios de ejecución lingüística: habla espontánea, repetición, comprensión y denominación.

La tendencia localizacionista en el estudio del lenguaje parte del supuesto de que existe una diferencia entre los trastornos afásicos que afectaban a la producción y los que afectaban a la comprensión del lenguaje, localizando las lesiones propias de cada ámbito en una región distinta del hemisferio izquierdo.

Se sustituye el estudio de las manifestaciones externas del lenguaje, propio de la Neuropsicología clásica, por el estudio de los mecanismos básicos que sustentan estas manifestaciones, propio de la Neuropsicología cognitiva del lenguaje, con el objetivo de elaborar una teoría de la organización de los componentes de procesamiento implicados en los procesos cognitivos normales y de las bases neuroanatómicas y neurofisiológicas de dichos procesos.

1.2.4 Clasificación y sintomatología

Los primeros sistemas de clasificación de la afasia fueron el resultado de algunos intentos por demostrar una relación entre la alteración de conducta comunicativa y un área específica del cerebro, señalando que el daño en áreas localizadas e invariables daba como resultado déficits de lenguaje específicos y delimitables, tales posturas eran definitivamente de corte localizacionista.

En general, las manifestaciones tomadas en cuenta más frecuentemente para clasificar a los pacientes en diferentes grupos han sido la fluidez, la construcción sintáctica, la capacidad de repetición, la denominación y las diferentes etapas de la comprensión audioverbal; existen muchas clasificaciones de afasia, las más difundidas y empleadas son la de Luria y la del grupo de Boston de Geschwind, Goodglass y Kaplan, que es una reinterpretación del esquema conexionista de Lichtheim y Wernicke.

Luria distingue los tipos de afasias como resultado de las observaciones de un grupo de pacientes heridos de guerra, elaboró una diagramación precisa de la situación de las lesiones y las características lingüísticas de los pacientes, toma en cuenta distintos procesos de la función tanto expresiva como receptiva del lenguaje.

En los conceptos de grupo de Boston se habla de una zona central del lenguaje en la región perisilviana izquierda; de modo que las afasias perisilvianas son: la de Broca, en la que se presenta una desautomatización motora y alteraciones gramaticales con un lenguaje telegráfico, la de Wernicke, caracterizada por una incapacidad para reconocer los sonidos del lenguaje acompañada de jergafasia y la de conducción en la que hay problemas con el lenguaje repetitivo, conservando la comprensión por una supuesta desconexión de las áreas de Broca y Wernicke.⁸ Lichtheim y Wernicke supusieron una desconexión entre el lenguaje y un centro conceptual, hay transcorticales motoras y transcorticales sensoriales, el rasgo esencial es que se conserva el lenguaje repetitivo; en la motora transcortical existe disminución del lenguaje espontáneo y ecolalia, el paciente puede repetir y comprender y en la sensorial transcortical hay parafasias, problemas de comprensión y buena repetición.

⁸ Flores Ávalos, Blanca Graciela, Las Afasias: conceptos clínicos, Editorial Secretaría de la salud, México D.F, 2002, pp.97.

En la actualidad, las investigaciones sobre casos afásicos demuestran la dificultad que entraña la parcelación en bloques, se describen a continuación los tipos clásicos de síndromes afásicos:

1.2.4.1 Afasia de Wernicke

Wernicke describió en 1874 la denominada afasia sensitiva, que luego fue llamada afasia de Wernicke, indicó que este tipo de afasia se debía a una lesión en la primera circunvolución temporal del hemisferio dominante. Este tipo de afasia, que también es denominada en ocasiones como afasia sensorial, receptiva, central o acústico-amnésica, se caracteriza por la presencia de lesiones localizadas en la región temporal posterior del hemisferio izquierdo, la lesión se localiza en el área de Wernicke, pero a menudo también incluye el córtex auditivo primario, áreas del lóbulo parietal, incluyendo el giro angular y giro supramarginal.

La afasia de Wernicke se caracteriza por una lectura y escritura alterada aunque el paciente conserva la sintaxis, la comprensión y la emisión se ven muy alteradas, el lenguaje es muy fluido, produciéndose sustituciones de fonemas en el interior de la palabra y secuencias silábicas sin sentido, el discurso se hace incomprensible.⁹ Otras características de este tipo de afasia son un lenguaje fluente pero con parafasias, comprensión auditiva alterada, dificultad en la repetición de palabras y frases, déficit en la denominación, una frecuente alteración en la lectura y la escritura.

La gravedad de la afasia de Wernicke en la capacidad de comprensión puede ser desde una incapacidad para comprender el lenguaje hablado hasta una dificultad menos marcada, en la que el paciente comprende correctamente algunas palabras, en cuanto a la lectura, los pacientes que se ven afectados por este tipo de afasia presentan dificultad en la asociación de palabras escritas con su

⁹ Revista de educación, Texas, Noviembre, 2007, pp.28

significado o sonido y pueden llegar a tener dificultad en la identificación de letras o reconocimiento por su nombre.

1.2.4.2 Afasia de Broca

La afasia de Broca se localiza en el centro del área de Broca y se caracteriza por la incapacidad de una persona para hablar con fluidez, con lo que el discurso aparece sin cohesión ni coherencia.

El lenguaje expresivo en la afasia de Broca no es fluido, es pobremente articulado, compuesto por expresiones cortas agramaticales y producidas con gran esfuerzo, el nivel de comprensión del lenguaje es superior a la producción verbal, aunque normal con relación a la comprensión gramatical, las personas diagnosticadas con esta afasia fácilmente identifican objetos o partes del cuerpo, pero si se les pide que señalen múltiples objetos o partes del cuerpo en un orden determinado, sólo logran realizarlo hasta un nivel de unas dos o tres palabras, presentan fallas en la comprensión de las estructuras gramaticales del lenguaje.

En la afasia de Broca la repetición es inadecuada, con presencia de desviaciones fonéticas y parafasias fonológicas y simplificaciones de los conjuntos silábicos, existe un defecto selectivo en la repetición de estructuras gramaticales, ausentes en su lenguaje espontáneo.

1.2.4.3 Afasia de conducción

Afasia planteada por Wernicke y se presenta como consecuencia de la desconexión entre la región de comprensión auditiva (área de Broca) y la de producción del habla (área de Wernicke), también llamada afasia central o motora, presenta una incapacidad para repetir y hablar de manera consciente, aunque el lenguaje es fluido y con errores.

A la afasia de conducción se le ha denominado este nombre porque las lesiones en el fascículo arqueado interfieren en la conducción del mensaje desde el área de Wernicke al área de Broca, una persona diagnosticada con este tipo de afasia habla con una adecuada entonación y comprende lo que se le dice, pero realiza pausas frecuentes, presenta parafasias que intenta corregir con dificultad. La comprensión del lenguaje es relativamente preservada, estos pacientes presentan buena capacidad para comprender una conversación coloquial, la principal alteración de este tipo de afasia es la dificultad en la capacidad de repetición, repiten palabras con parafasias fonémicas y a menudo omiten o sustituyen palabras; las causas de la repetición pueden ser una desconexión entre los sistemas auditivo y verbal o pueden ser debido a una alteración específica de la memoria más que a un déficit del lenguaje más global.

En la afasia de conducción existe presencia de sustituciones de sílabas o palabras y la lectura en voz alta se encuentra alterada, con presencia de parafasias, a pesar de que la comprensión del material escrito puede mantenerse preservada; también se observa una alteración en la escritura, basada en la sustitución, omisión o alteración de la secuencia de letras o palabras, con la presencia de paragrafia afásica.

1.2.4.4 Afasia Anómica

La afasia anómica es parecida a la afasia de Wernicke, pero presenta la particularidad de que el paciente es incapaz de recuperar nombres de objetos, por lo que utiliza circunloquios para hablar, es denominada afasia nominal o amnésica y caracterizada por dificultades en la denominación, cuando la afasia anómica grave se presenta de forma aguda, el área implicada es la región temporoparietal izquierda; sin embargo, cuando se habla de una afasia anómica leve, se pueden hallar involucrados los lóbulos frontal, temporal, parietal y temporal del hemisferio dominante.

La afasia anómica es caracterizada por la presencia de un lenguaje fluente, bien articulado, gramaticalmente correcto y con pocas prafasias; la comprensión del lenguaje, la repetición y la comprensión escrita están preservadas, se objetiva una dificultad para hallar la palabra adecuada y problemas en la denominación, llamada anomia.

1.2.4.5 Afasia Global

La afasia global o total constituye un grave trastorno como resultado de una amplia lesión que involucra el área perisilvana del hemisferio dominante para el lenguaje, la lesión incluye la región frontal inferior posterior (área de Borca), la región temporal posterior superior (área de Wernicke), así como el córtex auditivo, la ínsula y los ganglios basales, las lesiones generalmente implican los lóbulos frontal, temporal y parietal del hemisferio izquierdo, correspondiendo a las áreas irrigadas por la arteria cerebral media; es caracterizada por una importante pérdida de la habilidad en la comprensión y formulación de la comunicación.

1.2.4.6 Afasia Transcortical mixta

La afasia transcortical mixta hace referencia a un trastorno poco frecuente y caracterizado por un aislamiento de la zona del lenguaje que puede ser considerado similar a la afasia global, excepto por la buena capacidad de repetición, se concluye que es una combinación entre la afasia motora transcortical y la afasia sensorial transcortical, se encuentra afectada la zona limitrofe entre los territorios de la arteria cerebral media y las arterias cerebrales anterior y posterior.

Las características principales de la afasia transcortical mixta son una producción verbal no fluente y una alteración de la comprensión auditiva, pero con una capacidad de repetición relativamente conservada, con presencia de ecolalalia, la denominación, la lectura y la escritura también están alteradas.

1.2.4.7 Afasia Transcortical motora

La afasia transcortical motora se caracteriza por un lenguaje espontáneo no fluente con buena comprensión y buena repetición, el paciente no habla espontáneamente y no puede iniciar un lenguaje proposicional, en ocasiones el paciente intenta ayudarse con diversos gestos motores y a veces el único lenguaje que puede producir es la repetición de lo que se le dice, la comprensión auditiva suele ser buena y mejor que su capacidad de emisión del lenguaje, la denominación esta alterada, la lectura suele estar preservada, con buena comprensión.

1.2.4.8 Afasia Transcortical sensorial

La afasia transcortical sensorial se relaciona con lesiones en la zona limítrofe cortical posterior, especialmente entre el territorio de la arteria cerebral posterior y media, la lesión se localiza en la zona parietotemporal, posterior al área de Wernicke con extensión a nivel inferior y posterior, como posibles trastornos asociados a este tipo de afasia, puede presentarse la presencia de alteraciones hemisensoriales y déficit en el campo visual. Los pacientes con este trastorno pueden repetir correctamente el lenguaje hablado, la producción verbal es fluente, contaminada por parafasias con poca alteración prosódica y un discurso poco coherente, existe una alteración de la comprensión de la información hablada y escrita; la escritura y la capacidad de denominación también se encuentra alterada.

1.2.5 Características

La afasia constituye un trastorno del lenguaje que afecta tanto a la expresión como a la comprensión del mismo, después que este se ha adquirido;

siendo producido por lesiones en áreas del Sistema Nervioso Central, las afasias generalmente tienen las siguientes características:

- La afasia se debe a un daño en las áreas fronto-temporo-parietales del hemisferio dominante, generalmente el izquierdo, estos daños cerebrales pueden estar causados por encefalopatías, accidentes cardiovasculares, traumatismos craneoencefálicos o tumores.
- Se considera afasia, con más claridad, cuando se produce a partir de los 3 años de edad aproximadamente.
- Haberse adquirido el lenguaje previo al trastorno adquirido en el que se ve afectada la comprensión, la expresión o ambos.
- Que presente alteración de la expresión y/o de la comprensión del lenguaje, generalmente predominan los trastornos expresivos sobre los comprensivos, apareciendo dificultades articulatorias, reducción del vocabulario, incorrecciones, simplificación de la sintaxis y reducción de la expresión verbal espontánea. Pueden aparecer con frecuencia errores comprensivos.

Entre otras afecciones que comúnmente pueden aparecer se encuentran:

- Perturbaciones de la lectura: Alexia agnoscica y alexia afásica.
- Trastornos de la escritura (Agrafias), cuando la escritura se conserva aparece repleta de disortografías.
- Parafasias.
- Dificultades en el área de cálculo.

Suelen aparecer otros trastornos añadidos a los específicos del área del lenguaje:

- A nivel motor puede aparecer hemiplejia o hemiparesia derecha.
- Apraxia orofonatoria.

- Perturbaciones de las funciones perceptivo-motrices, con afectación de la aprehensión y reproducción de los conjuntos estructurales.
- Descenso de la eficacia general (problemas de memoria, concentración y atención).

La afasia se presenta de forma súbita y afecta a todos sus aspectos: social, laboral, emocional y en todos los momentos de su vida:

- No puede mantener los roles que desempeñaba y la familia sufre una crisis, los amigos se alejan por no saber cómo tratarlo y la persona se aísla.
- El paciente es incapaz de continuar realizando la misma actividad laboral, y esto tiene tanto implicaciones psicológicas, como económicas y sociales.
- El paciente puede pasar de ser una persona activa, capaz de tomar decisiones, muchas veces al frente de un grupo familiar y laboral, a ser una persona al menos parcialmente disminuida, dependiente y limitada; lo que afecta su autoestima y aparecen sentimientos de desesperanza, depresión y minusvalía.
- La depresión en la afasia tiene una dimensión reactiva a la nueva condición y otra dependiente de las áreas cerebrales que se encuentran afectadas.
- Durante la etapa de adaptación a la nueva situación, el paciente puede presentar una tendencia al aislamiento, un sentimiento de vacío, una carencia de motivación y una ausencia de conductas de auto cuidado, puede tratar de evitar las situaciones sociales, algunas veces se niega a comer y participar en una terapia.
- La reacción emocional al trastorno afásico se correlaciona con el tipo particular de afasia, es decir, con la localización de la patología cerebral, y en este sentido es una respuesta emocional biológicamente basada.¹⁰

¹⁰ Barraquer, Bordás, L., Afasias, apraxias, agnosias, Ed. Toray, Barcelona, España, 1976, pp.175

Existen distintos tipos de afasia, que ya se han descrito, de acuerdo a la modalidad de expresión afectada; de acuerdo a este diagnóstico que se realiza de la afasia se presentan diversidad de características para una adecuada clasificación.

1.2.6 Etiología

La afasia no es una enfermedad, es una secuela entre muchas que pueden presentarse después de una lesión focal del sistema nervioso central, es ante todo la pérdida del lenguaje que previamente había sido adquirido a una edad apropiada.

Con mayor incidencia las lesiones cerebrales que producen la afasia son producto de enfermedades cerebrovasculares seguidas de los traumatismos craneoencefálicos, los cuales ocurren con más frecuencia en personas jóvenes.

Las causas que producen las lesiones cerebrales que desencadenan las afasias son:

- Las enfermedades vasculares que se producen cuando se obstruye el flujo sanguíneo en las arterias cerebrales debido a trombosis o a obstrucciones progresivas.
- Las hemorragias cerebrales por la ruptura de una arteria con la consiguiente supresión del riego sanguíneo.
- Los tumores cerebrales que causan una lesión permanente por presionar las estructuras nerviosas.
- Un traumatismo craneal producido por un golpe fuerte en la cabeza.
- Enfermedades de tipo inflamatorio y crisis epilépticas.

Enfermedad Cerebrovascular:

La enfermedad cerebrovascular (ECV) se define como cualquier trastorno del encéfalo, focal o difuso, transitorio o permanente, provocado por una alteración de la circulación cerebral. La mayoría de las ECV se presentan clínicamente como un proceso agudo con síntomas y signos de alteración cerebral habitualmente focal y de instauración repentina, cuando las manifestaciones clínicas se resuelven por completo, en menos de 24 horas suele emplearse la denominación de ataque isquémico transitorio (AIT) para definirla, y si persiste más de 24 horas, se trata de un EVC, denominación genérica con la que se designa a este síndrome agudo, al que se le conoce como "enfermedad cerebral vascular" (EVC).¹¹

Según la naturaleza de la lesión, la ECV puede ser de dos tipos: isquémica o hemorrágica, en la hemorrágica se produce extravasación intracraneal de sangre por la ruptura de un vaso, y en la isquémica existe una importante disminución del flujo sanguíneo cerebral (por lo general de forma focal) que puede provocar destrucción o necrosis tisular; denominándose infarto cerebral. La ECV puede ser asintomática, como en el caso de los infartos cerebrales silentes y de las estenosis u obstrucciones arteriales que no provocan isquemia cerebral, gracias a la presencia de una adecuada circulación colateral; en particular la del polígono de Willis.

1.2.7 Factores de riesgo

- Edad: es el factor de riesgo más importante, 5% de 55 a 59 años, casi 25% de 80 a 84 años, la proporción de muertes se incrementó con la edad, 88% entre gente mayor de 65 años, en menores de 45 años es menor.

¹¹ Flores Ávalos, Blanca Graciela, Las Afasias: conceptos clínicos, Editorial Secretaria de la salud, México D.F, 2002, pp.67

- Género: independientemente de la raza, los hombres tienen 30% más riesgo.
- Raza: en las personas de raza negra el índice es muy alto, en las otras razas (blancos e hispanos) es igual, en asiáticos es mayor que en blancos y en japoneses la hemorragia cerebral es una causa de muerte frecuente, esto se debe a la relación con factores ambientales; siendo estos factores de riesgo no tratables medicamente.
- Predisposición familiar.
- Hipertensión arterial: es el factor tratable más importante, su control ha logrado disminuir la incidencia y la mortalidad del EVC, y se ha constatado que el tratamiento de la hipertensión reduce el riesgo de recurrencia en aproximadamente 45%. La hipertensión, más frecuente en los ancianos, es de igual forma un factor de riesgo y su tratamiento disminuye también la frecuencia de EVC, los hombres mayores de 65 años con hipertensión tienen más de dos veces el riesgo de sufrir infarto cerebral que los que no son hipertensos.
- Tabaquismo: se ha confirmado que el tabaquismo es otro factor tratable, en especial para los hombres menores de 65 años y frente al infarto cerebral aterotrombótico, también es un factor de riesgo la ingestión excesiva de alcohol.
- Diabetes mellitus: es un factor de riesgo, sobre todo en mujeres y en especial si se asocia con hipertensión arterial.
- Las cardiopatías: en general, aumentan al doble el riesgo de EVC.

- Situaciones de violencia social: es un factor de riesgo debido a que con los altos índices de violencia en Guatemala las personas se encuentran en mayor riesgo de ECV.

Otros factores de riesgo menos documentados son la obesidad, la inactividad física y el uso de anticonceptivos orales en mujeres, en especial si son fumadoras y mayores de 35 años. Al analizar estos factores, se percibe que muchos de ellos son controlables y prevenibles.¹²

1.2.8 Intervención Logopédica

El tratamiento de la afasia se establece dependiendo del diagnóstico que se ha realizado, los factores que influyen en la mejoría incluyen la causa del daño cerebral, el área del cerebro que está dañada, el grado de lesión cerebral, la edad y salud de la persona; otros factores incluyen motivación, el entorno, el nivel educacional o la capacidad del paciente para darse cuenta de las dificultades que manifiesta.

En algunos casos una persona se recuperará completamente de la afasia sin tratamiento, esta recuperación espontánea ocurre generalmente después de sufrir un ataque transitorio isquémico (AIT), una clase de accidente cerebro vascular en el que el flujo sanguíneo que va al cerebro es momentáneamente interrumpido, pero restaurado rápidamente, en estas circunstancias, la capacidad del lenguaje puede regresar en unas pocas horas o unos pocos días, sin embargo, en la mayoría de los casos de afasia, la recuperación de la capacidad del lenguaje no es tan rápida, ni mucho menos tan completa.

¹² Ibid., pp. 72

El Terapeuta del Lenguaje juega un papel muy importante en la recuperación del habla del paciente diagnosticado con afasia; la Terapia del Lenguaje se concentra en mejorar la capacidad de un individuo de comunicarse usando el resto de las capacidades de comunicación que tiene el paciente, restaurar las capacidades del lenguaje dentro de lo posible, compensar los problemas del lenguaje y aprender otros métodos para comunicarse.

La terapia individual se concentra en las necesidades específicas de la persona y la terapia de grupo ofrece la oportunidad de usar nuevas capacidades de comunicación en un ambiente de grupo pequeño.

Darley señala nueve conclusiones con respecto a la terapia del lenguaje en caso de afasia:

1. La terapia intensiva ejerce un efecto positivo sobre la recuperación.
2. Cuando más temprano se instale la terapia, mejores serán sus resultados.
3. Cuando más joven sea el paciente, mejores los resultados que se pueden esperar.
4. Los resultados obtenidos dependen siempre de la etiología del daño.
5. Los déficits menores tienen una evolución más favorable.
6. Se pueden esperar mejores resultados si el paciente se encuentra libre de complicaciones asociadas.
7. La motivación del paciente, su crítica, y otros factores personales, influyen sobre los resultados.
8. Ningún factor produce por sí solo una influencia negativa suficiente para desistir de la terapia.
9. El valor de la terapia no se limita a los progresos del paciente en el área deficitaria; influye también sobre sus actitudes, valores y relaciones sociales en general.

Diversos estudios han confirmado claramente que la terapia del lenguaje presenta un efecto positivo sobre la recuperación del lenguaje. En un estudio realizado por Basso se encontró que los pacientes afásicos que asistieron a una terapia del lenguaje iniciada en cualquier momento de su recuperación tuvieron un déficit residual menor en el lenguaje que los pacientes que no recibieron terapia.

1.2.9 Equipo multidisciplinario

La diversidad de trastornos asociados que acompaña a las afasias, requiere de un abordaje multidisciplinario especializado que lleve a cabo una valoración y un plan de tratamiento holístico, integrador y personalizado; los casos de afasia necesitan la intervención de un equipo multidisciplinario formado por especialistas en neurología, neuropsicología, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, lingüística, entre otros.

En el Hospital Roosevelt de Guatemala, los pacientes diagnosticados con afasia deben asistir a otras terapias complementarias para lograr su rehabilitación; como Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicología y Terapia del Lenguaje.

1.2.10 Prevención de la afasia

Debido a que la causa más frecuente de afasia es una enfermedad cerebrovascular; es necesario hacer lo posible para reducir las posibilidades para que esta se presente, algunas recomendaciones para prevenir la afasia son las siguientes:

- Hacer ejercicio regularmente.
- Comer abundantes frutas y verduras.
- Limitar la sal y la grasa dietéticas.
- Dejar de fumar.

- No beber bebidas alcohólicas o hacerlo con moderación.
- Mantener un peso saludable.
- Revisar y controlar su presión arterial.
- Considerar tomar una dosis baja de aspirina.
- Mantener bajo control las afecciones existentes, como la diabetes y el colesterol elevado.

La historia de la afasia comienza a principios del siglo XIX, se han realizado diversos estudios sobre la localización de las facultades del habla para lograr definirla; luego de varias publicaciones se define como la pérdida de la capacidad del uso del lenguaje secundaria a una lesión de las áreas cerebrales involucradas en la producción y recepción del lenguaje generalmente provocada por una enfermedad cerebro vascular o por un trauma craneal, con tantas investigaciones realizadas se clasificó la afasia en Wernicke, Broca, de conducción, anómica, global, transcortical mixta, transcortical motora y transcortical sensorial, dependiendo cada una del área que se ve afectada luego de una lesión cerebral.

Se conocen diversas causas que provocan la afasia, como las enfermedades cerebro vasculares y los impactos craneales, sin embargo, existen otros factores de riesgo como la edad, el género, la predisposición familiar, el tabaquismo y la violencia; una vez realizado el diagnóstico se pueden observar síntomas que acompañan la pérdida del habla, debido a esto un paciente afásico debe recibir un tratamiento multidisciplinario, incluyendo la terapia del lenguaje, que se brinda con el objetivo de proporcionar las herramientas básicas a una persona para poder comunicarse con las personas con las que convive y de esta forma sentirse nuevamente un sujeto activo y participativo de la sociedad.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Descripción de la muestra:

El Hospital Roosevelt de Guatemala, ubicado en la 5ta calle de la zona 11 en la ciudad de Guatemala, es un establecimiento de referencia nacional que ofrece atención hospitalaria especializada, servicios médicos y gratuitos en medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología y sub especialidades; también se da asistencia en medicina nuclear, diagnóstico por imágenes, laboratorios clínicos y servicios de emergencia; se proporciona atención de emergencias pediátricas y de adultos las 24 horas del día todos los días del año; es un centro asistencial que atiende a personas que habitan en la ciudad capital y en el resto del país, referidos desde los hospitales departamentales y regionales, así como a ciudadanos de otros países que viven o están de paso por Guatemala.

El Hospital cuenta con más de 2 mil 800 colaboradores distribuidos entre personal médico, de enfermería, auxiliar, técnico, nutrición, trabajo social, atención al usuario, personal de seguridad, intendencia, administrativo y estudiantes de ciencias de la salud de las universidades San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar, Francisco Marroquín y Mariano Gálvez.

El tipo de muestra utilizada es cualitativa ya que se realizaron registros narrativos del fenómeno estudiado, se trabajó con los pacientes diagnosticados con afasia que asisten o asistieron a terapia del lenguaje en el Hospital Roosevelt de Guatemala en el año 2010; siendo en su totalidad el tamaño de la muestra de 14 personas, utilizando el 99% de la población entre el rango de edades de 18 a 85 años, predominando el sexo masculino con un nivel socioeconómico bajo.

2.2 Estrategia metodológica:

Fase 1 Autorización: Se contactó a las autoridades del departamento de medicina física y rehabilitación del Hospital Roosevelt de Guatemala para explicar el trabajo que se desea realizar con las terapistas del lenguaje y solicitar la autorización, a través de una carta, para realizar una observación y aplicar el cuestionario a las terapistas.

Fase 2 Observación del tratamiento a los pacientes afásicos: Se realizó una observación en el área de terapia del lenguaje del Hospital Roosevelt de Guatemala para analizar su metodología de tratamiento a los diversos casos que se presentan.

Fase 3 Revisión de expedientes: Se revisó los expedientes de los casos de afasia atendidos en el Hospital Roosevelt en el año 2010 para realizar una clasificación de los casos que se deben estudiar en la investigación.

Fase 4 Aplicación del cuestionario: Se aplicó el cuestionario a cada una de las terapistas del lenguaje del Hospital Roosevelt de Guatemala, en el que debían contestar a las preguntas de acuerdo a cada caso de afasia que habían atendido en el año 2010.

2.3 Técnicas y procedimientos de trabajo:

Cuestionario: Un cuestionario de preguntas cerradas contiene categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas y consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir con el objetivo de obtener la información deseada o comprobar una hipótesis.

Este cuestionario se aplicó a las Terapistas del Lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala, brindando información de los pacientes de afasia que asisten o han asistido a tratamiento en el año 2010.

Se inició con la solicitud de autorización para realizar el estudio con las Terapistas del Lenguaje del Hospital Roosevelt de Guatemala y se acordó con las autoridades del departamento de medicina física y rehabilitación los lineamientos a seguir para realizar el estudio.

Se citó a las Terapistas del Lenguaje y se les explicó las instrucciones, características y propósitos del cuestionario, para la aplicación del instrumento se solicitó personalmente a cada sujeto su colaboración, haciendo saber a través del consentimiento informado, que se cuenta con la autorización de las autoridades correspondientes, y que la información proporcionada es confidencial y anónima. Para la metodología de aplicación se le proporcionó al sujeto el instrumento y se le solicitó responderlo en el momento a todas las preguntas.

El objetivo del cuestionario es analizar los casos de los pacientes que asisten o han asistido a Terapia del Lenguaje en el Hospital Roosevelt de Guatemala, verificando si han obtenido resultados satisfactorios en el tratamiento para lograr la rehabilitación del lenguaje expresivo.

Al finalizar la aplicación del instrumento se procedió a la tabulación de los datos utilizando una hoja de vaciado de la información; para concluir se realizaron gráficas de barras para presentar el punteo general, y cada uno de los aspectos del inciso anterior.

2.4 Instrumentos de recolección de datos:

El cuestionario está formado por un encabezado con los datos de la institución, seguido por una serie de datos demográficos que incluye: nombre del paciente, género, rango de edad, escolaridad, estado civil, procedencia y profesión; luego se encuentran los 16 ítems que permitirán recolectar datos para determinar la eficacia de la terapia del lenguaje; las preguntas 1 y 8 buscan describir el lenguaje del paciente afásico, las preguntas 2 a 7 y 11 tienen como factor común identificar características del tratamiento, las preguntas 9,10 y 12 identifican el diagnóstico que se le ha realizado y las causas del mismo, las preguntas 13 y 14 brindan opciones para relatar los pronósticos que se realizan a los pacientes afásicos, la pregunta 15 relata las reacciones emocionales ante el tratamiento recibido y la pregunta 16 identifica los síntomas que se presentan con mayor frecuencia. La duración del instrumento es de 35 minutos.

Para comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje también se realizó la revisión de expedientes de los pacientes diagnosticados con afasia que asisten a Terapia del Lenguaje en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

2.5 Análisis estadístico:

La estadística descriptiva dedicada a analizar y representar los datos obtenidos se llevó a cabo por medio de exploración de expedientes de los pacientes diagnosticados con afasia y por el cuestionario realizado para obtener datos de su tratamiento con ayuda de las tres terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt en el área de rehabilitación física; con los datos del instrumento se obtienen resultados porcentuales, que se apoyan de gráficas de barras para una mejor descripción.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Presentación:

De acuerdo al trabajo de campo realizado en el Hospital Roosevelt de Guatemala con las terapistas del lenguaje que laboran en el área de medicina física y rehabilitación con pacientes diagnosticados con afasia, que implicó la utilización del cuestionario elaborado para comprobar la eficacia del tratamiento de la recuperación de estos pacientes y la observación de expedientes, en este capítulo se realizará un vaciado de información con los resultados obtenidos de estas técnicas; también se presenta la interpretación final que sirve de base para crear las conclusiones y recomendaciones finales de esta investigación.

La primera técnica de la que se realiza el vaciado de información y se dan sus resultados es de la observación del proceso terapéutico que reciben los pacientes afásicos a través un matriz de análisis en la que se presentan los aspectos observados durante la misma; está formado por un cuadro que contiene 7 preguntas que se lograron contestar utilizando la observación del proceso; luego se procede al vaciado de los datos obtenidos a través del cuestionario aplicado, conformado por 16 ítems que permiten recolectar datos para determinar la eficacia de la terapia del lenguaje.

Los resultados del cuestionario, que fueron datos recolectados en conjunto con la revisión de los expedientes, se presentarán a través de una representación gráfica de los ítems, donde cada gráfica tiene su propia interpretación con porcentaje a las respuestas más frecuentes; comprobando con los datos destacados, si la terapia del lenguaje es eficaz en los casos de afasia.

Las gráficas en las que se presentan los datos obtenidos del cuestionario se distribuyen de acuerdo a sus datos generales como su género, edad, escolaridad y estado civil; a continuación se presentan datos específicos del instrumento, correspondientes al estado del lenguaje del paciente, la descripción del tratamiento, los diagnósticos realizados y sus causas, los pronósticos y sus respuestas emocionales.

3.2 Vaciado de información de las técnicas e instrumentos:

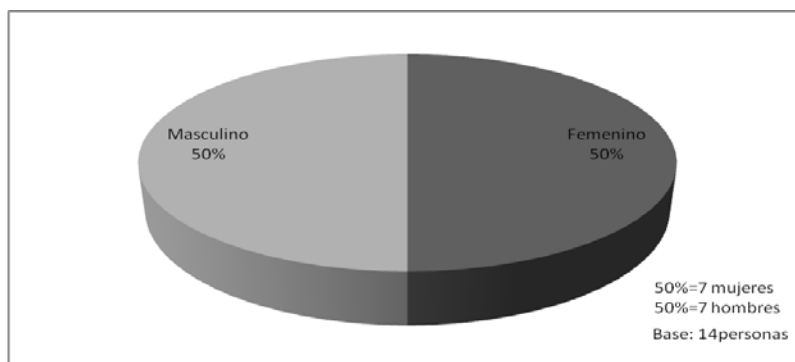
Al realizar la observación en el área de Terapia del Lenguaje del Hospital Roosevelt de Guatemala se logró recabar datos que permiten llenar un cuadro donde se presentan generalidades observadas sobre el tratamiento que se brinda:

DATOS A OBSERVAR	DATOS RECOLECTADOS
¿Cuántas terapistas del lenguaje trabajan en el área de rehabilitación del Hospital Roosevelt de Guatemala?	Actualmente trabajan en el Hospital Roosevelt en el área de rehabilitación física 4 terapistas del lenguaje, incluyendo a la coordinadora encargada del área.
¿La terapia que se les brinda es grupal o individual?	Se brinda terapia del lenguaje de forma grupal a niños para trabajar estimulación temprana, sin embargo, en casos como la afasia no es posible trabajar en forma grupal, trabajan individualmente con cada caso para su rehabilitación.
¿Cuál es la metodología de ingreso para los pacientes?	Las personas pueden recibir terapia del lenguaje y otros tratamientos que se proporcionan en el Hospital siempre que hayan sido pacientes del mismo y tengan un carnet de ingreso, que les

	<p>permite acceder a los servicios de la consulta externa del Hospital. Al ser referido un paciente afásico por el médico encargado, se ejecuta una entrevista al paciente o al familiar, si se cree necesario que reciba tratamiento se le fija una cita, que puede ser una o dos veces por semana.</p>
¿Los pacientes asisten acompañados a la terapia?	<p>La mayoría de los pacientes diagnosticados con afasia asisten acompañados de algún familiar, ya que son personas adultas que tienen otras complicaciones y dependen de la ayuda de alguien más; también hay casos de afasia que asisten solos, pues no cuentan con apoyo de su familia y no padecen otras dificultades.</p>
¿Qué otros profesionales intervienen en el tratamiento de un paciente afásico en esta área del Hospital?	<p>El área de medicina física y rehabilitación del Hospital Roosevelt cuenta con varios servicios como parte de la consulta externa del hospital; entre ellos se presta servicio de fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, terapia del lenguaje y las consultas del médico encargado de cada caso.</p>
¿Cuál es la metodología de tratamiento para un paciente afásico?	<p>Dependiendo el tipo de afasia que se presenta a las sesiones se brinda un tratamiento en el que se trabajan campos semánticos, praxias y rehabilitación de fonemas; en algunos casos también se trabajan ejercicios de respiración y relajación.</p>
¿Cuánto tiempo dura cada sesión de terapia individual en los casos de afasia?	<p>Se atiende a los pacientes por media hora a cada uno.</p>

A continuación, se presentan los resultados del cuestionario aplicado a través de una representación gráfica de los ítems, donde cada gráfica tiene su propia interpretación con porcentaje a las respuestas más frecuentes.

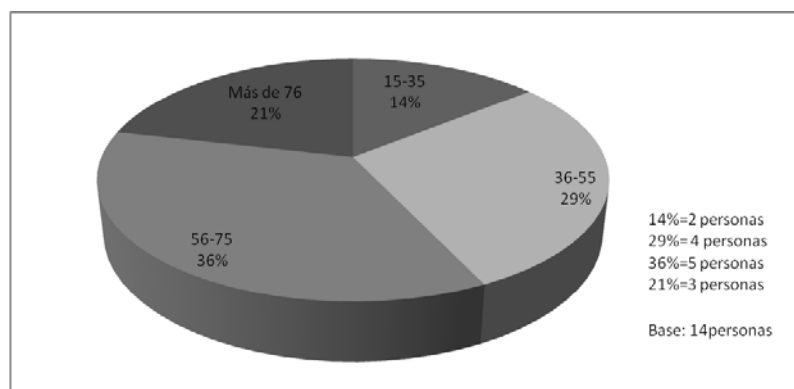
GRÁFICA 1
Porcentaje de pacientes diagnosticados con afasia de ambos sexos que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala



Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes; el 50% son mujeres y el 50% son hombres diagnosticados con afasia y que asisten a terapia al Hospital Roosevelt de Guatemala.

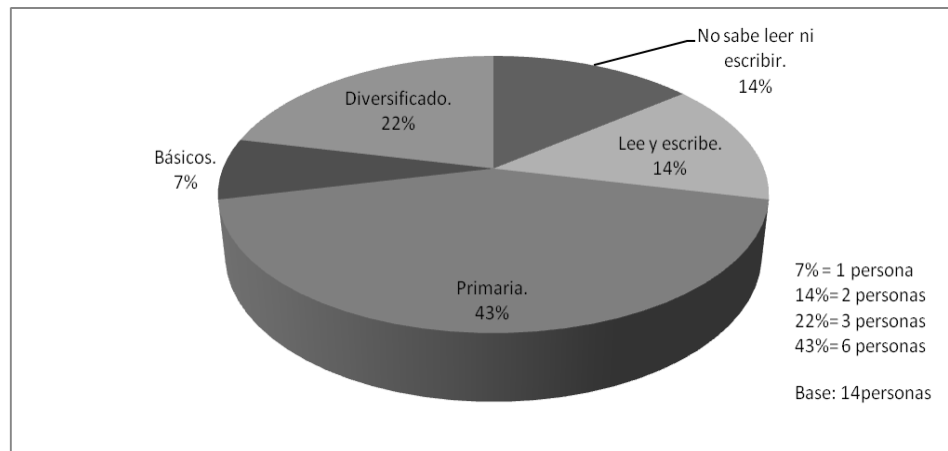
GRÁFICA 2
Porcentaje de edades de pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala



Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes diagnosticados con afasia; el 36% de la población tiene entre 56 a 75 años, el 29% tiene de 36 a 55, el 21% tiene más de 76 y el 14% tiene de 15 a 35. Siendo las edades avanzadas, de más de 56 años donde se presenta mayor riesgo a recibir un diagnóstico de afasia.

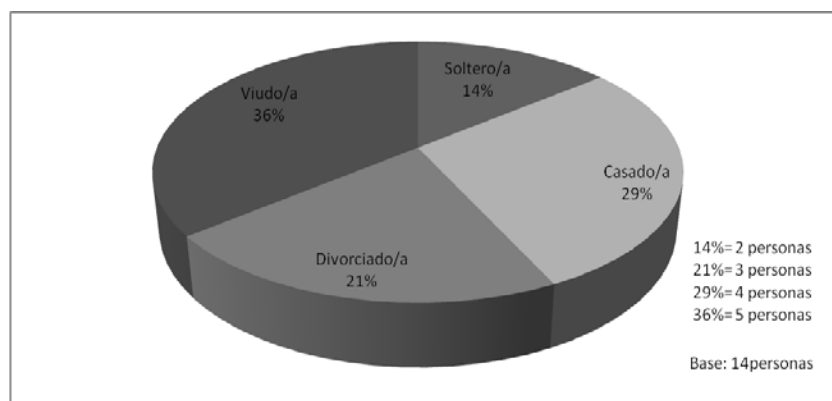
GRÁFICA 3
Porcentaje de escolaridad de pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala



Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes: el 43% estudian hasta la primaria, el 22% llegan a diversificado, el 14% solamente leen y escriben o no se sabe su escolaridad y el 7% estudia hasta básicos; predominando los pacientes que estudian hasta básicos.

GRÁFICA 4
Porcentaje de estado civil de pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala

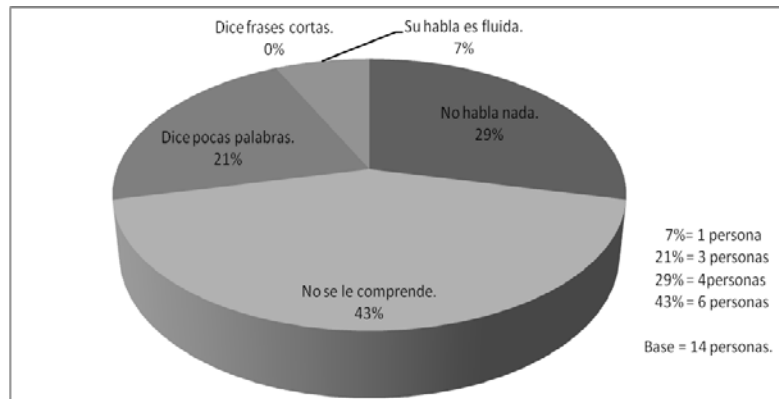


Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra total de 14 pacientes; el 36% son viudos/as, el 29% son casados/as, el 21% son divorciados/as y el 14% son solteros/as; predominando los y las pacientes viudos/as.

GRÁFICA 5

Representación del estado del lenguaje antes de recibir tratamiento de pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala



Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACION: De la muestra de 14 pacientes; el 29% corresponde a los que al iniciar la terapia no hablan nada; al 43% no se le comprende, los que inician diciendo pocas palabras son representados con el 21% y el porcentaje que tienen un habla fluida es de 7%.

GRÁFICA 6

Representación del estado del lenguaje después de recibir tratamiento de pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala

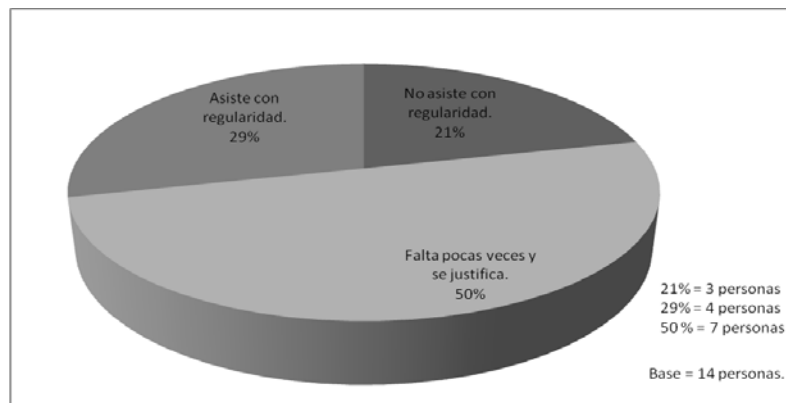


Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACION: De la muestra de 14 pacientes; el 36% corresponde a los pacientes que al finalizar el tratamiento todavía no se les comprende, el 22% corresponde al porcentaje que logra decir pocas palabras y el 14% a los que dicen frases cortas, su habla es fluida y no hablan nada.

GRÁFICA 7

Representación de la regularidad con que asisten a terapia los pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala

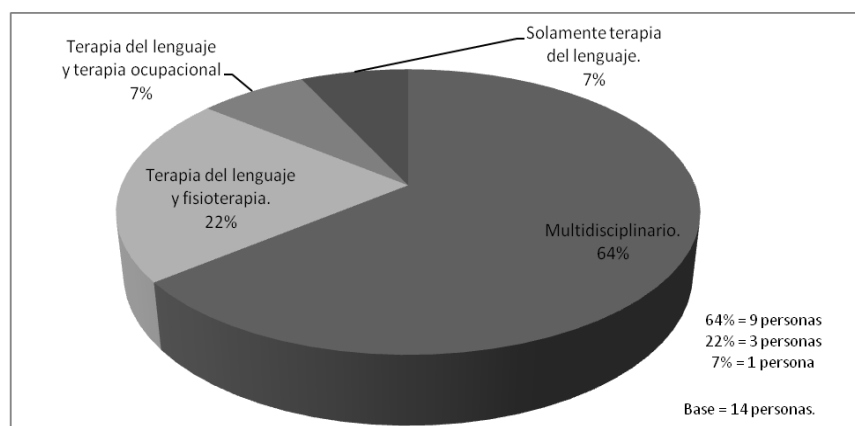


Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes; el 50% falta muy pocas veces a las terapias, el 29% asiste con regularidad y el 21% no se presenta a sus terapias con regularidad a su tratamiento.

GRÁFICA 8

Representación del tipo de tratamiento que han recibido los pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala

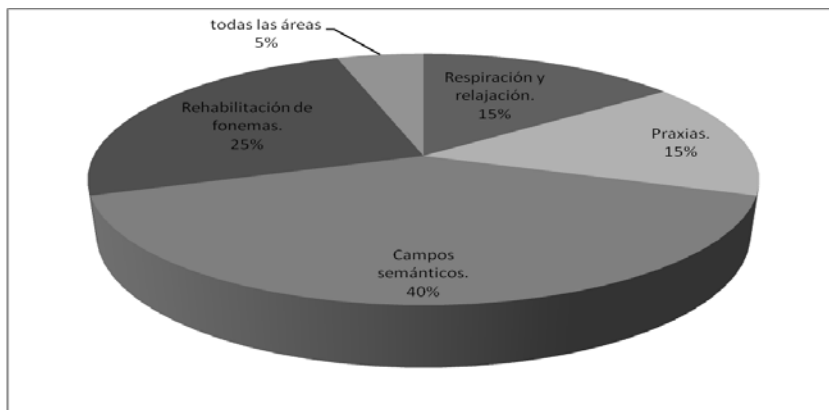


Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes; el 64% recibe un tratamiento multidisciplinario, el 22% asiste a terapia del lenguaje y fisioterapia, al 7% se les recomienda terapia del lenguaje y terapia ocupacional y el 7% se presenta solamente para terapia del lenguaje.

GRÁFICA 9

Representación de las áreas a trabajar en el tratamiento que han recibido los pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala

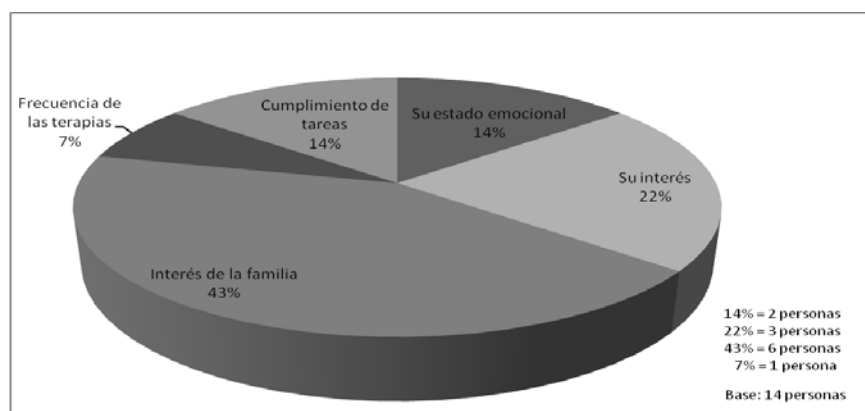


Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes; el 40% trabaja campos semánticos en su tratamiento, el 25% rehabilitación de fonemas, el 15% ejercicios de respiración y relajación y praxias y el 5% trabaja con todas las áreas.

GRÁFICA 10

Representación de los factores que influyen en la eficacia del tratamiento que han recibido los pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala

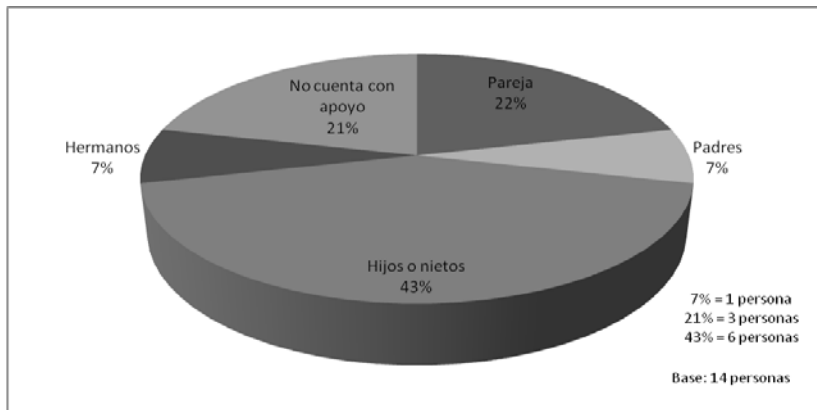


Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes; el 43% mantiene que el interés de la familia es el factor más importante para la eficacia del tratamiento, el 22% dice que es el interés del paciente, el 14% su estado emocional o el cumplimiento de tareas y el 7% la frecuencia con la que reciben sus terapias.

GRÁFICA 11

Representación de las personas que apoyan el tratamiento de los pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala

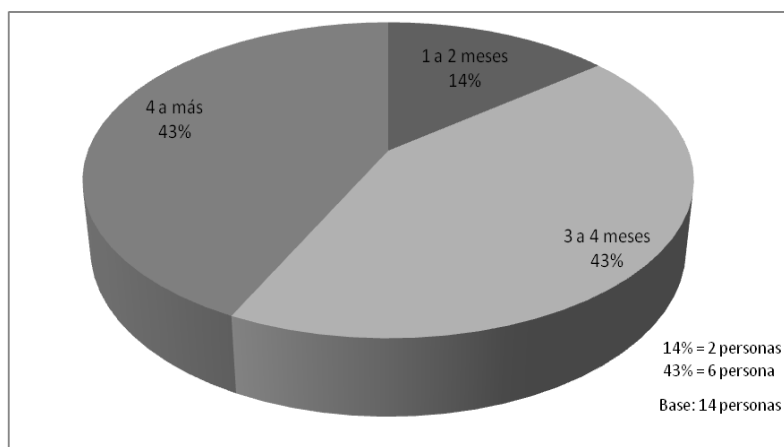


Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes; el 43% cuenta con el apoyo de sus hijos y/o nietos en su tratamiento, el 22% cuenta con apoyo de su pareja y el 21% mismo porcentaje no cuenta con apoyo, el 7% cuenta con sus padres y/o sus hermanos.

GRÁFICA 12

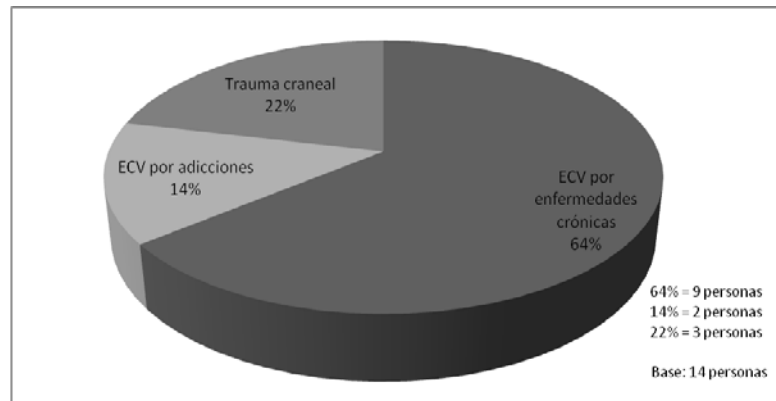
Representación del tiempo que han recibido tratamiento los pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala



Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes el 43% ha asistido a tratamiento en el Hospital Roosevelt de Guatemala luego de su diagnóstico de 3 a 4 meses, o más de 4 meses, el 14% ha asistido de 1 a 2 meses solamente.

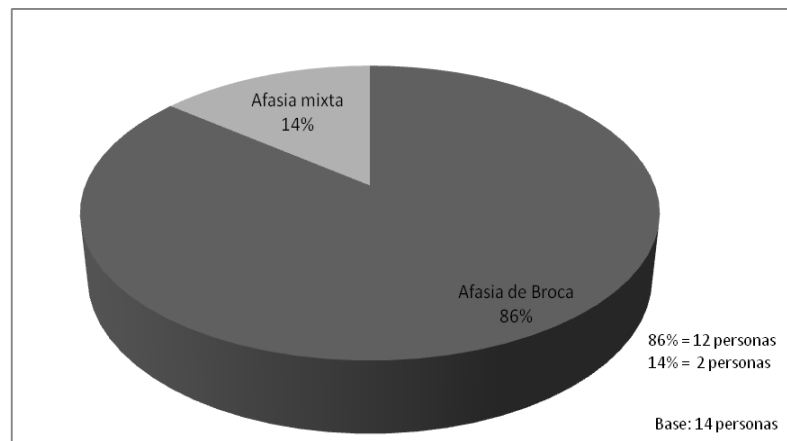
GRÁFICA 13
Representación de las causas del diagnóstico de afasia de los pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala



Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la población de 14 pacientes; el 64% reciben un diagnóstico de afasia por un ECV secundario a enfermedades crónicas, el 22% por trauma craneal y el 14% por ECV secundario a adicciones.

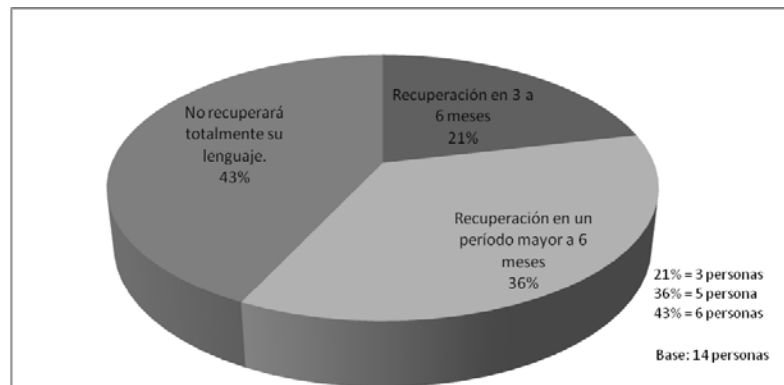
GRÁFICA 14
Representación del diagnóstico recibido por los pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala



Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes; el 86% reciben un diagnóstico de afasia de Broca, por ser está el área afectada, y el 14% recibe un diagnóstico de afasia mixta por verse afectadas las áreas de Broca y Wernicke; predominando en el Hospital Roosevelt los casos en los que el área expresiva del lenguaje se ve afectada.

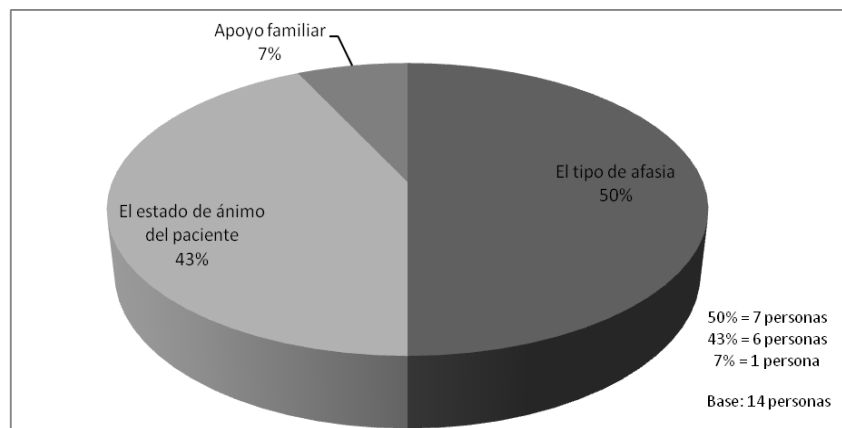
GRÁFICA 15
Representación del pronóstico recibido por los pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala



Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes; el 43% reciben un pronóstico en el que no recuperará totalmente sus facultades de lenguaje expresivo, el 36% se prevee que recuperará su lenguaje en un período mayor a 6 meses y el 21% recibe un pronóstico más alentador en el que recuperarán su lenguaje de 3 a 6 meses.

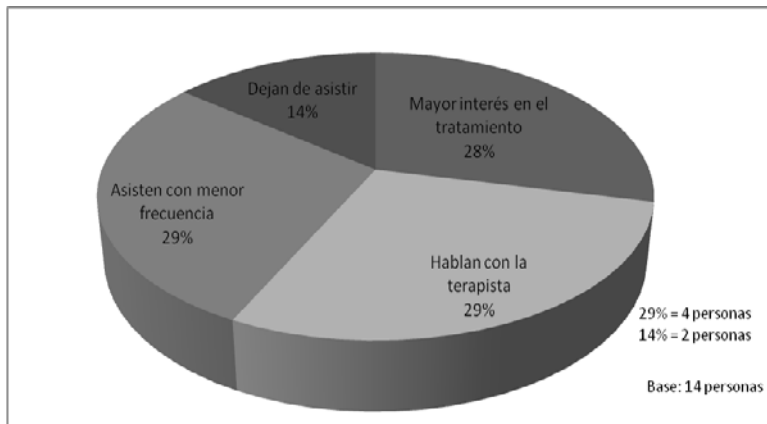
GRÁFICA 16
Representación de características que influyen en el pronóstico recibido por los pacientes diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de Guatemala



Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapistas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes; el 50% demuestra que el tipo de afasia influye en el pronóstico recibido por el paciente, el 43% depende del estado de ánimo del paciente y el 7% del apoyo que reciben de su familia.

GRÁFICA 17
Representación de reacciones que presentan los pacientes
diagnosticados con afasia que asisten al Hospital Roosevelt de
Guatemala cuando el tratamiento no avanza



Fuente: Cuestionario elaborado con el propósito de comprobar la eficacia de la terapia del lenguaje aplicado a las terapeutas del lenguaje que trabajan en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

INTERPRETACIÓN: De la muestra de 14 pacientes; el 29% coincide en que las reacciones que presentan los pacientes cuando el tratamiento no avanza son mayor interés en el mismo, hablar con la terapeuta o asistir con menor frecuencia, el 14% deja de asistir a las terapias.

3.3 Interpretación Final:

La definición de afasia es la pérdida de la capacidad del uso del lenguaje secundaria a una lesión de las áreas cerebrales involucradas en la producción y recepción del lenguaje, sin embargo, no implica solamente la dificultad en su facultad de hablar o comprender, perder el lenguaje, expresivo o comprensivo, implica cambios en la forma de interactuar con su entorno, de acuerdo al área cerebral afectada, puede que llegue a necesitar de otros diariamente en todas sus actividades, perjudicando su independencia personal; las causas de esta dificultad son con mayor frecuencia las enfermedades cerebro vasculares secundarias a enfermedades crónicas y en menor medida son provocadas por adicciones al alcohol, tabaco o drogas y a los impactos craneales.

Los cambios que una persona sufre luego de ser diagnosticada con afasia se deben al área cerebral afectada y el tipo diagnosticado; existe una clasificación, creada por el intento de demostrar una relación entre la alteración de conducta comunicativa y un área específica del cerebro, a pesar que se han creado diversidad de clasificaciones por distintos investigadores, se destacan tres tipos principales; de Wernicke que presenta la comprensión alterada y un discurso incomprensible, de Broca caracterizada por la incapacidad de una persona para hablar con fluidez y de conducción definida como una desconexión entre la región de comprensión auditiva y la producción del habla. En los casos estudiados predominan los de afasia de Broca, por lo que, al verse perjudicada el área expresiva del lenguaje, el pronóstico es alentador, su recuperación es más rápida y completa que los casos en los que se ve perjudicada la comprensión; las terapistas del lenguaje que laboran en el Hospital Roosevelt de Guatemala consideran un período de seis meses, aproximadamente, para lograr la rehabilitación de las facultades de comunicación de un paciente afásico; de no ser así, se brindan métodos alternativos para lograrlo.

Los diagnósticos de afasia de Wernicke o de conducción son característicos de una recuperación más lenta, en ocasiones se acude directamente a brindar métodos alternativos para que el paciente se comunique, pues se sabe que con el tratamiento tradicional, en algunos casos, no logrará recuperar su lenguaje como era antes de su lesión; en el Hospital Roosevelt es poco frecuente que se presenten estos diagnósticos, sin embargo, de acuerdo a las inferencias realizadas por las terapistas del lenguaje y por la observación ejecutada se induce que son personas que presentan más complicaciones para su rehabilitación.

Un diagnóstico de afasia implica más que la pérdida de sus facultades de comunicación, generalmente un afásico no puede mantener los roles que desempeña, tanto en su ámbito familiar como laboral, lo que perjudica también a sus familiares y amigos que en ocasiones se alejan por no saber cómo tratarlo;

generalmente pasa de ser una persona activa, capaz de tomar decisiones, a ser dependiente y limitada, puede presentar episodios depresivos como consecuencia de sus nuevas limitaciones; el apoyo por parte de la familia durante la terapia influye significativamente en su recuperación.

El tratamiento de la afasia se establece dependiendo del diagnóstico que se ha realizado, los factores que influyen en la mejoría incluyen la causa del daño cerebral, el área del cerebro que está dañada, el grado de lesión, la edad y salud de la persona, la motivación, el entorno y la capacidad del paciente para darse cuenta de las dificultades que manifiesta; el tipo de tratamiento que se recomienda en el Hospital Roosevelt es multidisciplinario, incluyendo terapia del lenguaje, ocupacional, fisioterapia y psicología, esto se debe a que cuando una persona padece una enfermedad cerebro vascular (ECV) generalmente presenta síntomas asociados, como la dificultad de movilizar alguna parte de cuerpo; específicamente las terapistas del lenguaje utilizan como método para la recuperación del lenguaje trabajar con campos semánticos, la rehabilitación de fonemas, respiración, relajación y praxias; métodos que, de acuerdo a los resultados obtenidos con el instrumento, son adecuados y eficaces para los casos de Broca.

A través de los resultados del instrumento y las observaciones realizadas se infiere que todos los pacientes que asisten a terapia del lenguaje notan cambios en su lenguaje expresivo, existe una diferencia significativa entre la forma en la que se comunican al comenzar el proceso y el nivel de expresión verbal que tienen al culminarlo, aunque en algunos casos el habla no es fluida como antes del diagnóstico, se comprueba que de alguna forma han logrado una rehabilitación parcial en su comunicación, lo que se debe, no sólo a la calidad de la terapia, sino a la voluntad del paciente por lograr su recuperación lo antes posible, generalmente las personas afásicas se presentan con ansiedad y altas expectativas pues desean ser nuevamente el sujeto participativo de la sociedad que solían ser; se ha comprobado que los pacientes que asisten a sus terapias en compañía de un

familiar, es decir, que cuentan con su apoyo, presentan mejores resultados en su tratamiento.

Para lograr la rehabilitación total del paciente, debe comprometerse a su tratamiento asistiendo con regularidad, los métodos utilizados en el tratamiento que brindan las terapistas del lenguaje en el Hospital Roosevelt son eficaces, se realizan de forma individual en los pacientes trabajando específicamente en las áreas que presentan mayor dificultad.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones:

- La causa principal que provoca afasia es la edad del paciente, una persona mayor presenta un elevado riesgo de padecer una enfermedad crónica.
- El apoyo por parte de la familia con el que cuentan los pacientes durante la terapia influye significativamente en la rehabilitación total de sus habilidades para comunicarse.
- El tratamiento que se brinda en el área de terapia del lenguaje en el Hospital Roosevelt de Guatemala es eficaz, los pacientes que ingresan han mostrado avances en la rehabilitación de su lenguaje.
- Los pacientes diagnosticados con afasia que reciben tratamiento multidisciplinario, formado por terapia ocupacional, fisioterapia y psicología, presentan mejores resultados en su recuperación que los que asisten únicamente a terapia del lenguaje.
- Los campos semánticos y la rehabilitación de fonemas son las áreas que más se trabajan con los pacientes afásicos para lograr nuevamente su integración como sujeto participativo de la sociedad.
- Las causas principales de diagnósticos de afasia son las enfermedades cerebro vasculares (ECV) secundarias a enfermedades crónicas; un menor porcentaje equivale a las adicciones de alcohol, tabaco o drogas o a los impactos craneales.

- Los diagnósticos que presentan mayor número de consultas son los de afasia de Broca; por encontrarse afectado el lenguaje expresivo, su tratamiento es más sencillo y su pronóstico alentador, logrando la recuperación total de sus facultades de comunicación.
- Existen factores como la edad del paciente que influye en que el pronóstico realizado sea poco alentador, en estos casos en que no logrará la rehabilitación total del lenguaje, se buscan alternativas para su comunicación.
- Para lograr la rehabilitación total del paciente afásico, debe asistir a terapia del lenguaje, siendo esta una herramienta indispensable y eficaz en la recuperación de sus facultades de comunicación e integración con su entorno social.

4.2 Recomendaciones:

Al área de medicina física y rehabilitación del Hospital Roosevelt:

- Mantener la comunicación entre todos los profesionales, pues al conocer cómo va el tratamiento del paciente en otras áreas se obtendrán mejores resultados.
- Elaborar un programa de capacitación a profesionales para prevenir este tipo de padecimientos, existen métodos para disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónicas y como consecuencia diagnósticos afásicos que las personas que tienen un bajo nivel académico no conocen y no aplican.

- Promover que los profesionales tengan comunicación constante con el médico encargado para informar del avance del paciente y estar informados del diagnóstico médico, pues es él el que decide si el paciente debe ser dado de alta.

Al área de terapia del lenguaje:

- Mantener una buena comunicación entre terapistas para poder apoyarse y consultar dudas que puedan promover mejores resultados del tratamiento de cada paciente.
- Hablar claramente con los pacientes y sus familiares desde el inicio del proceso terapéutico, para no crear expectativas falsas sobre el tratamiento.
- Explicar con claridad las tareas tanto a los pacientes como a los familiares de los mismos y su importancia.
- Insistir desde el principio en la importancia de las asistencias a las terapias y la influencia del apoyo familiar en la eficacia del tratamiento.

A los familiares:

- Procurar paciencia con la dificultad que presenta su familiar diagnosticado con afasia y apoyar en lo que se necesite.
- Consultar las dudas que se tengan sobre el tratamiento a los profesionales encargados del tratamiento, de forma que con claridad sepan en qué consiste el mismo y que expectativas deben tener.

- Acompañar al paciente a sus terapias y apoyarlo en sus necesidades.
- Observar las dificultades asociadas al diagnóstico que pueda tener el paciente y consultar siempre con un profesional.

A los pacientes afásicos:

- Mantener contacto con profesionales encargados del tratamiento y consultar las dudas que acontecen para estar claros sobre qué esperar.
- Realizar todas las tareas en casa, practicando los ejercicios realizados dentro de la terapia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Azcoaga, Juan E., Neurolingüística y Fisiopatología, Buenos Aires: El Ateneo, 1997, pp.392.
- 2 Azcoaga, Juan E., Trastornos del Lenguaje, Texas: Cuenca Ediciones, 1974, pp. 254.
- 3 Baraquer, Bordás, L., Afasias, Apraxias, Agnosias, Barcelona, España: Editorial Toray, 1976, pp. 338.
- 4 Bruna, Neuropsicología del Lenguaje: funcionamiento normal y patológico, España: Elsevier, 2004, pp. 216.
- 5 Briceño, Guerrero, Jose M., El origen del Lenguaje. Venezuela: Monte Avila Editores, 1970, pp. 124.
- 6 Cazayus, Paul, La afasia desde el punto de vista del psicólogo, Barcelona: Editorial Herder, 1981, pp. 232.
- 7 Flores Ávalos, Blanca Graciela, Las Afasias: conceptos clínicos, México D.F: Editorial Secretaria de la salud, 2002, pp.82.
- 8 Hecaen, Henri, Afasias y Apraxias, Barcelona: Paidós, 1977, pp. 184.
- 9 Hecaen, H., Dubois J., El nacimiento de la neuropsicología del lenguaje, 1825-1865, México: Fondo de cultura económica, 1983, pp. 228.
- 10 Luria, A.R, Cerebro y lenguaje: La afasia traumática, Barcelona: Fontonella, 1978, pp. 553.

- 11 Nieto Herrera, Margarita E., Anomalías del Lenguaje y su corrección, México: Francisco Méndez Oteo, 1981, pp. 443.
- 12 Peuser, Günter, La investigación interdisciplinaria de la afasia, Barcelona: Editorial Paidós, 1980, pp.164.
- 13 Russell, Walter, Alteraciones del lenguaje: afasia, apraxia y agnosia, Buenos Aires: Médica Panamericana, 1976, pp. 195.
- 14 Sampieri, Roberto Hernández, Metodología de la Investigación, México: Mc Graw-Hill, 1890, pp. 399.
- 15 Schuell, Hildred, Jenkins James, Afasia en adultos según Scuell, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana, 1976, pp. 411.

ANEXOS



CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

Responda con un cheque a las siguientes interrogantes basándose en cada caso de afasia.

Nombre del paciente: _____

Género:	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
Edad:	15-25.	<input type="checkbox"/>	26-35.	<input type="checkbox"/>
	36-45.	<input type="checkbox"/>	46-55.	<input type="checkbox"/>
	56-65.	<input type="checkbox"/>	66-75.	<input type="checkbox"/>
	76-85.	<input type="checkbox"/>	Más de 86 años.	<input type="checkbox"/>
Escolaridad:	Lee y escribe.	<input type="checkbox"/>	Primaria.	<input type="checkbox"/>
	Básicos.	<input type="checkbox"/>	Diversificado.	<input type="checkbox"/>
	Universitario/a.	<input type="checkbox"/>	No se sabe.	<input type="checkbox"/>
	No sabe leer ni escribir.	<input type="checkbox"/>		
Estado civil:	Soltero/a.	<input type="checkbox"/>	Casado/a.	<input type="checkbox"/>
	Divorciado/a.	<input type="checkbox"/>	Viudo/a.	<input type="checkbox"/>

Procedencia: _____

Profesión: _____

1. ¿Cómo era el lenguaje del paciente cuando comenzó a recibir terapia?

- () No hablaba nada.
- () Hablaba pero no se le comprendía nada.
- () Decía pocas palabras.
- () Decía frases cortas.
- () Su habla era fluida.

2. ¿Con cuánta regularidad asiste el paciente a terapia?

- () No asiste.
- () Con frecuencia no asiste a sus citas.
- () De dos citas a la semana falta una.
- () Asiste con frecuencia pero algunas veces se justifica por faltar.
- () Asiste con regularidad a todas sus citas.

3. ¿Qué tipo de tratamiento le ha brindado al paciente?

- ☐ Multidisciplinario: Terapia del Lenguaje, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia Psicológica.
- ☐ Terapia del Lenguaje y Fisioterapia.
- ☐ Terapia del Lenguaje y Terapia Ocupacional.
- ☐ Terapia del Lenguaje y Terapia Psicológica.
- ☐ Solamente asiste a Terapia del Lenguaje.

4. ¿Qué se trabaja en el tratamiento de la rehabilitación del habla del paciente?

- ☐ Respiración y relajación.
- ☐ Praxias.
- ☐ Campos semánticos.
- ☐ Rehabilitación de fonemas.
- ☐ Todas las anteriores.

5. Seleccione el factor que más influye para la eficacia del tratamiento en la rehabilitación del lenguaje de este caso específico.

- ☐ El estado emocional del paciente.
- ☐ El interés del paciente.
- ☐ El interés de la familia.
- ☐ La frecuencia con que asiste a las terapias.
- ☐ El cumplimiento de tareas y prácticas en casa.

6. ¿Con el apoyo de quiénes cuenta el paciente para su rehabilitación?

- ☐ Su pareja.
- ☐ Sus padres.
- ☐ Sus hijos o nietos.
- ☐ Sus hermanos.
- ☐ Sus amigos.
- ☐ No cuenta con apoyo de nadie.

7. ¿Cuánto tiempo ha recibido tratamiento el paciente?

- ☐ 1 a 2 meses.
- ☐ 3 meses.
- ☐ 4 meses.
- ☐ 5 meses.
- ☐ 6 meses.
- ☐ Más de 6 meses.

8. ¿Cómo se encuentra el lenguaje del paciente en la actualidad, luego de recibir terapia del lenguaje?

- ☐ No habla nada.
- ☐ Habla pero no se le comprende nada.
- ☐ Dice pocas palabras.
- ☐ Dice frases cortas.
- ☐ Su habla es fluida.

9. ¿Cuál es la causa del diagnóstico de afasia que ha recibido el paciente?

- ☐ ¹³ECV por enfermedades crónicas.
- ☐ ECV por alcoholismo o tabaquismo.
- ☐ Trauma craneal por impacto de balas.
- ☐ Trauma craneal por accidentes.
- ☐ Desconocida.

10. ¿Qué área cerebral se encuentra afectada en el paciente?

- ☐ Área de Broca.
- ☐ Área de Wernicke.
- ☐ Área de Broca y área de Wernicke.
- ☐ Desconocida.

11. Ordene de 1 a 5 el factor que considere el más importante en la eficacia del tratamiento, siendo 1 el más significativo y 5 el menor.

- ☐ El estado emocional del paciente.
- ☐ El interés del paciente.
- ☐ El interés de la familia.
- ☐ La frecuencia con que asiste a las terapias.
- ☐ El cumplimiento de tareas y prácticas en casa.

12. ¿Qué diagnóstico recibió el paciente?

- ☐ Afasia de Broca.
- ☐ Afasia de Wernicke.
- ☐ Afasia de conducción o afasia mixta.
- ☐ Disfasia.
- ☐ No se sabe.

^{*13} Enfermedad Cerebro Vascular.

13. ¿Qué pronóstico recibió el paciente al comenzar el tratamiento?

- ☐ Recuperación de su lenguaje expresivo y/o comprensivo en un período de 3 a 6 meses.
- ☐ Recuperación del lenguaje expresivo y/o comprensivo en un período mayor a 6 meses.
- ☐ No recuperará totalmente su lenguaje expresivo pero podrá decir frases cortas y expresarse.
- ☐ No recuperará totalmente su lenguaje expresivo pero podrá decir palabras para comunicarse.
- ☐ No logrará la recuperación de su lenguaje pero aprenderá formas alternativas para comunicarse.

14. ¿De qué depende el pronóstico que recibió el paciente?

- ☐ Del tipo de afasia diagnosticado.
- ☐ Del estado de ánimo y voluntad del paciente.
- ☐ Del apoyo que tiene de su familia.
- ☐ Del equipo multidisciplinario que trabajará con él.
- ☐ De la terapeuta del Lenguaje.

15. ¿Cuál es la reacción del paciente y sus familiares cuando el tratamiento no avanza?

- ☐ Presentan más interés para observar resultados en el tratamiento.
- ☐ Hablan con la terapeuta responsable para saber que está sucediendo.
- ☐ Asisten con menor frecuencia.
- ☐ Se frustran y dejan de asistir a las terapias.

16. ¿Qué síntomas relacionados presenta el paciente?

- ☐ Dificultad para caminar o mover alguna parte del cuerpo.
- ☐ Dificultad para leer.
- ☐ Dificultad para escribir.
- ☐ Dificultad para escuchar o ver correctamente.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

Gracias por colaborar.

RESUMEN

Las enfermedades crónicas son los factores de riesgo con índices mayores de provocar una enfermedad cerebro vascular (ECV), la mala calidad de vida ha influido en el aumento de número de estas y en consecuencia, el de pacientes diagnosticados con afasia, definida como la pérdida del lenguaje previamente adquirido como consecuencia de una lesión cerebral que provoca la incapacidad de comunicarse con otras personas y expresar deseos o necesidades personales; la terapia del lenguaje es una parte del tratamiento multidisciplinario que recibe un afásico para lograr su rehabilitación e integrarse nuevamente a sus actividades cotidianas como un sujeto participativo, el terapeuta del lenguaje es el encargado de llevar a cabo el proceso brindando herramientas básicas, alternativas para que se pueda comunicar y permitirle retomar el control de una capacidad de comunicación amplia e integral.

La investigación fue realizada con las tres terapeutas del lenguaje del Hospital Roosevelt de Guatemala, utilizando los expedientes de 14 casos de afasia de ambos sexos; la estrategia metodológica contó con cuatro fases, iniciando con la autorización de la institución, luego se llevo a cabo la observación, la revisión de expedientes y para finalizar la aplicación del cuestionario para medir la eficacia de la terapia del lenguaje, este instrumento, en el que se brinda información de los pacientes, se realizó con el objetivo de determinar la eficacia de la terapia del lenguaje.

Esta investigación hizo énfasis en el tema sobre la eficacia de la terapia del lenguaje, al finalizar la misma y analizar los resultados se concluye que el tratamiento brindado por las terapeutas del lenguaje para la rehabilitación de los pacientes afásicos no solamente es eficaz, sino que es una herramienta indispensable para que una persona que recibe este diagnóstico logre recuperarse.