

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE MORELOS**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**Programa de intervención neuropsicológica en pacientes con afasias expresivas de etiología
vascular y sus familiares**

TESIS

Para obtener el Grado de Maestra en Psicología

PRESENTA

Laura Leticia Rodríguez Chavarría

Director de Tesis:

Dra. Adela Hernández Galván

Comité Tutorial

Mtra. Ana Ruth Díaz Victoria

Mtra. Gabriela Ramírez Alvarado

Dr. Leonardo Manríquez López

Mtra. Anabel Arroyo Bahena

Diciembre, 2019

Contenido

1	Antecedentes	4
1.1	Enfermedad vascular cerebral	4
1.1.1	Factores de riesgo.....	6
1.1.2	Prevalencia de la enfermedad vascular cerebral en México	8
1.2	Afasia	11
1.2.1	Definición de afasia	11
1.2.2	Etiología y prevalencia de la afasia.....	12
1.2.3	Afasias expresivas.....	14
1.2.4	Repercusión de la afasia en la vida de los pacientes	19
1.3	Intervención neuropsicológica en la afasia	21
1.3.1	Intervención en grupos de pacientes con afasia	23
1.3.2	Intervención con la familia de pacientes con afasia.....	24
2	Planteamiento del problema.....	26
2.1	Justificación	27
2.2	Objetivos.....	29
2.3	Hipótesis	29
3	Método	30
3.1	Tipo de estudio.....	30
3.2	Diseño de investigación	30
3.3	Población.....	30
3.4	Instrumentos.....	31
3.5	Procedimiento	34
3.6	Presentación de los casos clínicos.....	35
3.7	Programa de intervención	39
3.8	Técnica de análisis estadístico	43
4	Resultados	43
5	Discusión y conclusiones	63
6	Referencias.....	67
7	Anexos	73

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y a la Facultad de Psicología por permitirme ser parte de su comunidad universitaria, por la gran institución que es.

A la Dra. Adela por confiar en este proyecto y por todas sus enseñanzas.

A mis sinodales por sus aportaciones a esta investigación y por el impulso que me dio cada uno:

Mtra. Ana Ruth Díaz Victoria

Mtra. Gabriela Ramírez Alvarado

Dr. Leonardo Manríquez López

Mtra. Anabel Arroyo Bahena

Agradezco a los participantes de este proyecto, a sus esposas e hijos, por su disposición y compromiso.

1 Antecedentes

1.1 Enfermedad vascular cerebral

La Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) se refiere a un daño en los vasos sanguíneos, que ocasiona una alteración transitoria o definitiva del funcionamiento de una o varias partes del cerebro, se pueden clasificar en dos grandes tipos, por hemorragias y eventos isquémicos, los primeros se refieren a la ruptura arterial y los segundos a la oclusión arterial (González y Landínez, 2016).

En el evento isquémico el tejido cerebral muere debido a la interrupción del flujo sanguíneo al cerebro, Adams (1993) los clasifica de la siguiente manera:

a) Aterotrombótico o de arteria grande, estenosis (disminución luminal), puede ser un infarto de tamaño mediano o grande en el que los pacientes tendrán hallazgos clínicos y estudios de neuroimagen significativos, pues generalmente se daña una arteria cerebral importante o una arteria cortical ramificada.

b) Cardioembólico: producido por oclusiones arteriales debido a émbolos formados en el corazón, se manifiestan como infartos de medianos a grandes, habitualmente corticales.

c) Enfermedad de pequeño vaso o lacunar, se presentan en pacientes con historia de factores de riesgo cardiovascular. Los infartos habitualmente son pequeños o de arterias perforantes, lo que pueden originar síndromes puros (motores, sensitivos, sensitivomotores).

d) Por patologías no habituales: infección, vasculitis, malformación arteriovenosa, aneurisma, estados de hipercoagulabilidad (neoplasias) o trastornos hematológicos. Los pacientes en este grupo presentan hallazgos clínicos y de neuroimagen con cuadro agudo.

e) Trazo de etiología indeterminada, aplica en los casos en que la causa no se puede determinar con ningún grado de confianza, a pesar de una evaluación extensa, también se incluye en esta clasificación a los pacientes con dos o más causas potenciales de accidente cerebrovascular y por tanto no puede determinarse una causa como tal.

Según los estudios de Adams (1993) los eventos isquémicos aterotrombóticos son los que mayoritariamente provocan secuelas de cuadro afásico a quienes lo sufren.

La hemorragia es la ruptura de una arteria cerebral, por lo que la sangre se esparce por el tejido cerebral, produciendo un aumento en la presión intracraneal. Se puede clasificar en dos grandes divisiones: a) hemorragia intraparenquimatosa, es intracerebral, las causas más frecuentes son por hipertensión, malformaciones (aneurismas, malformaciones arteriovenosas), fármacos (anticoagulantes), sustancias tóxicas (alcohol, cocaína) y enfermedades hematológicas. El cuadro clínico común incluye cefalea, signos meníngeos, focalización neurológica y alteración del estado de alerta. b) Hemorragia subaracnoidea, las causas más frecuentes son por ruptura de aneurisma, hemorragia perimesencefálica no aneurismática. Se puede presentar cefalea brusca e intensa, signos meníngeos y focalización neurológica (Arboix y Rubio, 2004).

1.1.1 Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2019). La identificación de estos factores permite establecer estrategias y medidas de control en las personas que todavía no han padecido la enfermedad, a esto se le nombra prevención primaria, o por otro lado llevar una prevención secundaria, es decir, controlar o reducir mayores riesgos cuando ya se padece alguna enfermedad (Villanueva, 2004).

Varios factores de riesgo están asociados a la EVC, según la OMS (2014) los principales son la hipertensión, la hiperglucemia o diabetes y la hiperlipidemia, los cuales son consecuencia de malos hábitos en la vida cotidiana, como una alimentación poco saludable, inactividad física y consumo de tabaco en cualquiera de sus formas. Por otro lado el estudio INTERSTROKE (O'Donnell et al., 2016) realizado en 32 países de todo el mundo entre los años 2007 y 2015, permitió descubrir diez factores comunes: la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, la obesidad abdominal, la mala alimentación y la inactividad física, el consumo excesivo de alcohol, la dislipidemia, causas cardíacas (fibrilación o aleteo auricular, infarto de miocardio previo, enfermedad cardíaca valvular reumática y la válvula cardíaca protésica) y el estrés psicosocial /depresión, sin embargo, los primeros seis componentes de esta lista son los que representan más del 80% del riesgo de EVC.

La hipertensión y la diabetes son las enfermedades ya establecidas que representan mayores factores de riesgo, por lo que se describen a continuación. La hipertensión arterial, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos (OMS, 2019). La prevalencia de hipertensión arterial en la población mexicana es

elevada, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud fue de 42.3% en adultos mayores de 20 años. La posibilidad de un evento cerebrovascular se incrementa en particular en personas con apego irregular al tratamiento antihipertensivo (Cantú, 2011).

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, la cual es una hormona que regula el azúcar en la sangre, por lo que la diabetes no controlada daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. En 2014, el 8,5% de los adultos a partir de los 18 años tenía diabetes y este porcentaje muestra un mayor aumento en países de bajo y mediano ingreso (OMS, 2016). La diabetes incrementa el riesgo de complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares, aún más si se combina con edad avanzada en el paciente. Se corre un riesgo de tres veces más probabilidades de tener una EVC en comparación con una persona sin esta enfermedad, debido a la resistencia a la insulina y la glucosa en ayuno anormal (Cantú, 2010).

En cuanto a los factores de riesgo asociados al estilo de vida la Asociación Mexicana de Enfermedad Vascular Cerebral (AMEVASC) a través de trabajos como el de Ruiz - Sandoval et al. (2010) recomienda el cese de consumo de tabaco, una dieta balanceada baja en sodio, se recomienda el ejercicio físico aeróbico constante por un mínimo de 30 minutos por al menos cuatro veces a la semana y evitar los estresores psicosociales, entre otras medidas.

La OMS (2014) y la Organización Mundial de Accidentes Cerebrovasculares (2019) han lanzado múltiples estrategias para la reducción de la EVC, dado que hasta un 90% de estas podrían prevenirse abordando los factores de riesgo, por lo que se busca concientizar a la población, no minimizar los factores de riesgo asociados con el estilo de vida, mejorar las

herramientas de detección, reducir costos sanitarios y construir asociaciones que tengan alcance para toda la población (Feigin, 2016).

1.1.2 Prevalencia de la enfermedad vascular cerebral en México

Los eventos vasculares cerebrales se han convertido en un problema de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud (2014) desde el año 2012 ha sido la principal causa de defunción en el mundo junto con la cardiopatía isquémica, y figura como parte de las enfermedades no transmisibles más preocupantes. La Organización Mundial de Accidentes Cerebrovasculares (WSO, por sus siglas en inglés, 2019) establece que uno de cada cuatro personas en el mundo tendrá un derrame cerebral en su vida.

En México no hay suficientes estudios para conocer el comportamiento epidemiológico de la EVC, sin embargo, se tiene registro de un alza cada vez más pronunciada de dicho padecimiento desde 1973 al 2016, siendo una causa importante de mortalidad y discapacidad en nuestro país (Ramírez-Alvarado y Téllez-Alanís, 2016).

En un estudio realizado por Rayo, Olazo, Hernández, Ocaña, Barrientos, et. al. (2008) recabaron información de cinco hospitales de la Ciudad de México con el diagnóstico de enfermedad vascular cerebral en 2005, se trabajó con el registro de 669 pacientes, la media de edad fue 72 años. Del total de casos, 488 fueron de tipo isquémico (72,94%), 135 hemorragias parenquimatosas (20,17%) y 46 hemorragias subaracnoideas (6,8%). El territorio de la arteria cerebral media fue el más afectado (84.30%) y la hipertensión arterial sistémica fue el factor de riesgo más frecuente en este grupo de pacientes, por último la mortalidad se informó en el 26%

(174 pacientes). Al finalizar el estudio se reafirmó el problema de salud pública en el país en el que se ha convertido la enfermedad vascular cerebral y se señala al envejecimiento junto con la combinación de otros factores de riesgo, hipertensión por ejemplo, como las principales causas.

Chichete (2012) realizó un análisis de 5.3 millones de casos de hospitalización por EVC en instituciones públicas del sector salud en México, los datos que obtuvo fueron que del total de egresos, 46,247 (0.9%) fueron registros de enfermedad vascular cerebral, de los cuales hubo 20,298 (43.9%) casos isquémicos, 6,005 (13.0%) casos de hemorragia intracerebral, 2,655 (5.7%) casos de hemorragia subaracnoidea, 194 (0.4%) casos de trombosis venosa cerebral y 17,095 (37.0%) casos de EVC no especificada.

Otro estudio realizado en siete hospitales del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de México de junio del 2013 a octubre del 2014 (Torres-Arreola, Valenzuela-Flores, Villa-Barragán, 2018) arrojó que 430 sujetos que ingresaron por EVC, 78.14% presentó EVC isquémica. No hubo diferencias estadísticas entre hombres y mujeres. La mediana de edad fue 74 años. Durante las primeras 72 horas de su estancia hospitalaria, en 90% se evaluó la capacidad del lenguaje, en 16.3% la capacidad para caminar y en 94% la capacidad para mover las extremidades. Los factores de riesgo fueron hipertensión arterial (84%), diabetes mellitus (46.3%), antecedentes de EVC (25.1%), antecedentes de tabaquismo (13.7%). La evaluación del estado cognitivo a través del Montreal Cognitive Assessment (MOCA) mostró que el 95% de los sujetos presentó alteraciones en el estado cognitivo, mientras que los signos neurológicos presentes fueron principalmente debilidad o paresia (77.2%) y alteración en el nivel de conciencia (39.7%).

De acuerdo al Boletín de información estadística 2014-2015 del Sistema Nacional de Información en Salud en los últimos años se incrementó la mortalidad de EVC, pasando de 25.2% en 2000 a 28.2% en 2010 y 26.4% en 2013.

A pesar de la alta prevalencia de eventos cerebro-vasculares, en México se carece de un registro de las secuelas cognitivas de dichos eventos, lo que dificulta el trabajo de atención neuropsicológica a quienes lo requieran (Ramírez-Alvarado y Téllez-Alanís, 2016).

1.2 Afasia

1.2.1 Definición de afasia

La afasia es un trastorno complejo que surge por una lesión cerebral, que afecta el sistema del lenguaje, principalmente la función comunicativa pero que puede involucrar distintos niveles de organización y de realización, a su vez, al alterarse el lenguaje otras funciones psicológicas se ven afectadas, por ejemplo, el lenguaje interno y cambios en la personalidad (Tsevetkova, 1977).

Vendrell (2001) describe que el trastorno afásico se caracteriza por alteraciones en la emisión de los elementos sonoros del habla, déficit de la comprensión y trastornos de la denominación, estas características se ven afectadas en mayor o menor medida según la afasia que se padezca. Este trastorno es ocasionado por una lesión cerebral en una persona que previamente podía hablar con normalidad.

Existen varios tipos y clasificaciones de afasias postuladas a lo largo del desarrollo científico, con base en las características del lenguaje. Ardila (2005) hace un recuento de las clasificaciones; las divisiones más utilizadas y sencillas en la división de las afasias son las dicotomías, entre las más frecuentes se encuentran: expresivo-receptivo (Weisenburg y McBride, 1935), trastornos de tipo motor y trastornos de tipo sensorial (Wernicke, 1874) y la dicotomía fluente-no fluente (Benson, 1967).

Por otro lado, la clasificación de Luria (1980) divide las afasias según factores alterados del lenguaje, por lo que postula siete divisiones: la discriminación fonémica (acústico-agnósica), la memoria léxica (acústico-amnésica), la selección léxica (amnésica), la comprensión de las relaciones entre palabras (semántica), la actividad cinestésica (motora aferente), la realización de

movimientos finos requeridos para hablar y la secuenciación de elementos (motora eferente), y la iniciativa verbal (dinámica).

En la presente tesis, se trabaja con la nomenclatura de Luria y se centra en las afasias: motora aferente, motora eferente y dinámica. Para su manejo más sencillo se utiliza el termino, afasias expresivas. A continuación, se aborda cada una de dichas afasias.

1.2.2 Etiología y prevalencia de la afasia

La afasia es ocasionada por una lesión cerebral, la cual puede tener distintos orígenes: enfermedad vascular cerebral, traumatismo craneoencefálico, procedimientos quirúrgicos, epilepsia, tumores intracraneales, parasitosis e infecciones en el cerebro (González y González, 2012).

Esta investigación se enfocará en las afasias expresivas causadas por enfermedad vascular cerebral, dado que es una de las etiologías más frecuentes (Laska, Kahan, Hellblom, Murray & Von Arbin, 2011).

Un estudio realizado en Copenhague, Dinamarca (Pedersen, Vinter, & Olsen. 2004) buscó determinar los tipos, la gravedad y la evolución de la afasia en pacientes por EVC y evaluar posibles predictores del resultado del lenguaje a un año después del evento. Se incluyó en el estudio a 240 pacientes de tres hospitales de Dinamarca a los cuales se les aplicó un estudio de severidad inicial del evento vascular cerebral (evaluado por la *Scandinavian Stroke Scale*) y el Test de Boston para el diagnóstico de la afasia y después de un año del accidente fueron

revalorados. Encontraron que las frecuencias de los principales tipos de afasia fueron: global 32%, anómica 25%, de Broca 12%, de Wernicke 16%, transcortical sensorial 7% y de conducción 5%. El tipo de afasia siempre cambió a una forma menos severa durante el primer año, por lo que la afasia no fluente puede evolucionar a una afasia fluida (por ejemplo: global a la de Wernicke y la afasia de Broca a una afasia anómica). Un año después del accidente cerebrovascular, se encontraron las siguientes frecuencias: global 7%, anómica 29%, de Broca 13%, motor transcortical 1%, de Wernicke 5% y de conducción 6%. Se concluyó que existe gran variabilidad de la afasia en su etapa aguda y crónica, resultando una incidencia mayor de afasias no fluentes en la fase aguda y de fluentes en la fase crónica. También se concluyó que el grado de mejoría de los paciente no tiene que ver con la edad ni el sexo, tampoco con la gravedad inicial de la afasia, sino con la gravedad del propio evento vascular cerebral.

En México, por otro lado, no se han realizado investigaciones a gran escala que den luz sobre la prevalencia de afasias en nuestro país, ni se cuenta con registros oficiales institucionalizados como sí las hay de otras enfermedades, por ejemplo la diabetes. Sin embargo, si se cuenta con información de estudios de alcances por regiones, como el realizado por Torres-Arreola, Valenzuela-Flores y Villa-Barragán (2018) que recopila información de pacientes egresados por enfermedad vascular cerebral a hospitales del IMSS en Ciudad de México entre el 2013 y 2014, los resultados determinaron que el 55.1 % de los pacientes sufrió algún tipo de disartria o afasia, como consecuencia de EVC.

1.2.3 Afasias expresivas

La presente investigación sólo incluirá a los pacientes que hayan sufrido un evento cerebrovascular y como consecuencia tengan un diagnóstico de afasia motora aferente, motora eferente o dinámica.

El estudio de la afasia se ha abordado desde distintas escuelas neuropsicológicas, las cuales se diferencian entre sí por su aproximación experimental, metodología y concepto teórico. En la Tabla 1 se presenta la nomenclatura que se utiliza en las escuelas soviética, americana y francesa, para las afasias expresivas. Posteriormente se describen cada una de ellas.

Tabla 1. Clasificación y comparación por nomenclatura de las afasias expresivas según diferentes escuelas*.

Escuela Soviética Luria 1966	Escuela Americana Benson y Geschwind 1971	Escuela Francesa Hécaen y Albert 1978
Motora aferente	Conducción	Conducción
Motora eferente	Broca	Agramática
	Transcortical motora	Transcortical motora
Dinámica	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial
	Aislamiento área lenguaje	Aislamiento

*Nota: Elaboración propia con base en Ardila y Roselli (2007).

La Afasia Motora Aferente

Esta afasia está asociada a lesiones de las áreas inferiores de la zona postcentral del hemisferio izquierdo (Luria, 1986). Es decir, un daño en la parte de la cisura lateral que pende sobre el montículo que forma la cisura central (Tsevetkova, 1977).

Las alteraciones del lenguaje se deben a la perturbación en la base cinestésica del acto oral, lo que da como consecuencia que el paciente no puede articular rápidamente, la inervación de los actos articulatorios pierde la selectividad usual (Luria, 1986), por lo que el paciente no encuentra la posición adecuada de la lengua y los labios. Dependiendo la gravedad del daño, los pacientes con esta afasia pueden confundir fonemas muy distintos o sólo dentro de determinados límites de “opciones de articulación” (Luria, 1986).

También existe una deficiencia del lenguaje interno en esta afasia, que se denota en las alteraciones del habla, así como de la comprensión del discurso, pero es en la escritura donde se evidencia con mayor claridad (Tsevetkova, 1977). Los pacientes con esta afasia presentan una gran dificultad para realizar la síntesis en tareas intelectuales.

En los casos graves, los pacientes no pueden articular los sonidos, cuando intentan repetir mueven sus labios y lengua, y soplan fuera de sus mejillas, pero no logran dar en la articulación requerida, mientras que, en los casos leves los pacientes pueden tener un lenguaje fluido, con dominio de frases usuales, es en la repetición donde se observan los problemas pues realizan patrones de articulación similares al requerido (Akhutina, 1967).

La Afasia Motora Eferente

La afasia motora eferente es la consecuencia de un daño en los sectores inferiores de la zona premotora izquierda (Luria, 1986), área de 44 Broca. Para el curso normal del proceso articulatorio es necesaria la integridad de los fonemas y articulemas, así como del adecuado reemplazo de las inervaciones que asegure la conmutación pronta y fluida de un elemento del habla por otro (Tsevetkova, 1977). Es decir, en esta afasia se ve afectada la integridad de la cadena cinética de movimientos articulatorios en la estructura del discurso (Tsevetkova, 1977) por lo que presentan dificultades para poder pasar de un movimiento articulatorio a otro, por tal de un fonema a otro y de una palabra a otra. Lo anterior se manifiesta como ecolalia y perseveraciones.

El defecto central del habla radica en la inercia patológica de los estereotipos, es decir hay perseveraciones, las cuales dificultan o hacen totalmente imposible el habla, la lectura y la escritura (Tsevetkova, 1977). Todas las deficiencias del lenguaje transcurren sin perderse la integridad en la pronunciación de sonidos aislados (Tsevetkova, 1977).

Luria (1974) explica que, al lesionarse las partes inferiores del área premotora del hemisferio izquierdo, las cuales son especializadas, se presentan alteraciones tanto en sistema de coordinación dinámica, como en un incremento de la inercia de los procesos neurodinámicos que tienen lugar dentro del analizador motor, lo que se traduce en complicaciones en el lenguaje expresivo pues tales deficiencias están asociadas con el trastorno del lenguaje interno y con la desintegración de la unidad dinámica de las proposiciones, por lo que el paciente tiene un lenguaje sin el uso de conectores y sin uso de conjugaciones, es decir no son capaces de hablar con oraciones completas (lenguaje telegráfico). Del mismo modo, al escribir se presenta una falta

de inhibición de la inercia de los movimientos de la primera letra o sílaba que el paciente escribió, entonces no puede pasar a la siguiente y en cuanto a la lectura estos problemas también se ven reflejados, por lo que la comprensión puede verse afectada también, al no poder formular activamente idea por idea de lo que se lee, quedándose solo con un parte.

Los pacientes que padecen esta afasia con frecuencia sufren episodios de frustración (reacción catastrófica) y depresión (Starkstein & Robinson, 1988), si bien tiene relación con el grado de conciencia que tiene de su déficit, la mayor explicación en esto son las estructuras cerebrales comprometidas en esta afasia, pues como señala Luria (1974) el paciente se queja de ser incapaz de formular activamente los pensamientos que desea expresar.

La Afasia Dinámica

Se produce por lesión del sector cerebral situado delante del área de Broca (Luria, 1974). La afectación de dichas áreas cerebrales, sin alterar la organización sónico-articulatoria del acto discursivo, origina dificultades esenciales en la formación del lenguaje activo coherente y la imposibilidad de dar forma al pensamiento en la oración (Tsevtkova, 1977).

Existe un nexo entre las alteraciones de la enunciación activa circunstanciada y los defectos del lenguaje interno, ya que un atributo substancial del lenguaje intrínseco es su carácter predicativo, y a éste corresponde el papel fundamental en la creación del sentido de la enunciación, en el despliegue del pensamiento y su encuadre formal en el lenguaje externo (Tsevtkova, 1977).

Los pacientes con afasia dinámica presentan una grave alteración al querer elaborar individualmente el esquema de la expresión y desarrollarlo en un lenguaje espontáneo, al querer responder se muestra una reproducción ecológica de lo dicho por el interlocutor (Luria, 1986). Al verse alterado la esencia del lenguaje, es decir que el paciente es incapaz de utilizar el lenguaje para la generalización o para la expresión de deseos y pensamientos, ello repercute también en la escritura, pues no está alterada la capacidad de escribir lo que piensa, aunque tenga la capacidad de copiar sin problema, del mismo modo, en la lectura hay una deficiencia al realizar esta actividad, así como en la comprensión lectora (Luria, 1974).

En los casos leves de esta afasia es casi imperceptible el déficit que se presenta, mientras que en los casos severos puede haber un nulo lenguaje espontáneo, sin embargo, lo que todas las formas de afasia dinámica tienen en común es el hecho de que, mientras que los pacientes no pueden producir un discurso narrativo desarrollado, no tienen dificultad con la repetición oral, nombrar objetos o entender, en otras palabras, no tienen dificultad en su memoria sensorial ni acústica, y no tienen deficiencias motoras (Akhutina, 1967).

Recapitulando, la afasia motora aferente, motora eferente y dinámica, tienen cada una sus particularidades, área lesión cerebral específica y factor alterado del lenguaje, sin embargo, se puede considerar que todas tienen en mayor o menor medida la dificultad de la expresión oral, ya que el factor alterado de cada una forma parte de la composición del acto motor y expresivo del lenguaje. El lenguaje es un sistema dinámico de organización compleja, por un lado, se encuentra el acto motor cinestésico (afasia motora aferente) que establece la composición diferencial de los movimientos y por otro la estructura cinética (afasia motora eferente) que sirve de fundamento a la formación de la secuenciación motora consecutiva, en cuanto a la afasia

motora dinámica, se ve afectado el sentido profundo de la enunciación verbal, presentando una dificultad en el lenguaje espontáneo y activo. A su vez estos tres tipos de afasia conservan en buena medida la comprensión del lenguaje y la conciencia de su déficit, lo que facilita el abordaje terapéutico.

1.2.4 Repercusión de la afasia en la vida de los pacientes

Además de los cambios neuroconductuales que sufre una persona con afasia, se presentan cambios emocionales que afectan su calidad de vida, estos pueden ser desde negación o falta de conciencia de sus límites físicos y psicológicos, depresión como consecuencia de la pérdida del lenguaje y todo lo que ello implica, enojo con ellos mismos y con los demás por su rechazo e incompreensión de su padecimiento, ansiedad y angustia, así como culpa (González y González, 2012).

Quintanar y Solovieva (2002) consideran que en la afasia se puede alterar la esfera afectivo-emocional a nivel psicológico superior o intelectual, ya que el lenguaje al ser un proceso que, organiza, regula, concientiza y mediatiza a toda esfera psíquica, influye también en los afectos y emociones. Por lo que, al sufrir alteraciones específicas del lenguaje se producirán efectos particulares del significado o del sentido de la esfera afectivo-emocional. Lo que daría como resultado la imposibilidad de reconocer emociones o abstracciones, entre otros, según sea el caso.

Starkstein y Robinson (1988) reportan una alta prevalencia de depresión en personas que sufren afasia después de una enfermedad vascular cerebral, cinco (71%) de siete afásicos no

fluentes tenían depresión moderada a severa en comparación con cuatro de nueve (44%) de los pacientes con afasia fluida.

El paciente con afasia sufre todo tipo de cambios en su vida social y laboral al abandonar su empleo y no sentirse útil. La relación con su familia, también se ve afectada pues el rol que ahora ocupa puede variar drásticamente, por ejemplo, ya no poder ser proveedor o la dificultad de educar a los hijos o en la relación con su pareja, no sólo hay problemas de comunicación sino de nuevas responsabilidades y funciones (González y González, 2012).

Existen diversos trabajos donde se aborda la problemática de la disminución de la actividad comunicativa y la participación social en las personas afásicas. Por ejemplo, en la investigación de Nykänen et al. (2013), se estudió en 40 participantes, la frecuencia de contacto dentro de sus redes antes y después de la afasia, también se examinó las autoevaluaciones de participación social, así como el aislamiento social versus el apoyo social percibido. Para ello utilizaron el Inventario de redes sociales (Blackstone & Hunt-Berg, 2003), The Friendship Scale (Hawthorne, 2006) y una herramienta piloto, The Survey of Communication and Social Participation (Vickers & Threats, 2007). Los resultados indicaron una reducción de redes sociales y una menor frecuencia de contacto con sus parejas después del inicio de la afasia en todo el grupo, lo que llevó a los investigadores a concluir que los especialistas deben tener en cuenta en sus intervenciones, la problemática de la reducción de las redes sociales y el aislamiento social que sufren estos pacientes.

Rautakoski (2013), por otro lado, realizó un estudio donde el objetivo fue explorar el impacto de la afasia en el estilo de comunicación de las personas con afasia en población finlandesa, para lo que se realizó una evaluación pre y post intervención. Los resultados

demonstraron que, debido a problemas de comunicación, los contactos con otras personas que no sean familiares se vuelven menos frecuentes, mientras que los temas de conversación se centran en la salud, los asuntos del hogar y los programas de televisión, dejando de lado otros temas como el trabajo, los pasatiempos y los planes para el futuro se analizan con mucha menos frecuencia.

1.3 Intervención neuropsicológica en la afasia

Hay varios enfoques en rehabilitación de la afasia, dos de los principales son el enfoque soviético (histórico-cultural) y el cognoscitivo. A continuación, se mencionarán algunos de los métodos más tradicionales que corresponden a cada uno de estos enfoques.

La rehabilitación con enfoque soviético se apoya en el origen histórico-social de las funciones psicológicas superiores (FPS) y su fisiología. Por lo que se basa en la reorganización de los sistemas funcionales, a través de dos vías: una, se hace uso de los subsistemas intactos y dos, constituye la creación de nuevos sistemas funcionales, esto por la incorporación de nuevos eslabones que antes no participaban directamente en la realización de la función dañada (Tsvetkova, 1970).

Una técnica utilizada en este enfoque de la rehabilitación del paciente afásico y que se utilizará en el presente proyecto es el desbloqueo del lenguaje, que emplea los canales intactos o con menor afectación en el lenguaje para compensar y mejorar la operación de los canales no funcionales. Se utiliza como recurso la presentación de estímulos de palabras visuales o auditivos

mientras que de forma simultánea se pronuncia la palabra, de esta forma se incrementa la probabilidad de que el paciente la reconozca y reproduzca en el futuro (Tsvetkova, 1977).

La rehabilitación cognitiva o rehabilitación de individuos con alteraciones cognitivas fue propuesto por Sohlberg y Mateer (2001), quienes señalan que aunque los objetivos fundamentales son mejorar y compensar las habilidades cognitivas, son las personas que han tenido un daño cerebral las que determinan el objetivo de la rehabilitación cognitiva incorporado la influencia de variables contextuales, los impactos personales, emocionales y sociales y sus interacciones con la función cognitiva en los planes de tratamiento y metas. Es decir, incluir apoyos emocionales y sociales a corto y largo plazo para las personas que lidian con secuelas de lesión cerebral, diseñando una propuesta de intervención específica para cada paciente.

En este enfoque, la rehabilitación de las afasias se fundamenta en la teoría y modelos funcionales sobre el procesamiento normal del lenguaje. Una de las técnicas frecuente en la rehabilitación es la entonación melódica, que consiste en ejercitar al paciente a llevar el ritmo de la palabra o frase (golpeando con la mano) a medida que la palabra o frase es entonada por el terapeuta, y mientras mantiene el patrón rítmico, el paciente también intenta entonar la palabra o frase. Conforme la entonación tiene efecto sobre el lenguaje del paciente, el terapeuta gradualmente suprime la estimulación y más tarde el paciente suspende el ritmo, pero continúa con la entonación (González y González, 2012).

1.3.1 Intervención en grupos de pacientes con afasia

La intervención en grupo como método de rehabilitación en neuropsicología es utilizada en menor medida que en otras áreas de la psicología por lo complejo de los casos, sin embargo, existen evidencia de su eficacia en trabajos de estimulación cognitiva en adultos mayores (Carballo-García, Arroyo-Arroyoa, Portero-Díaz & Ruiz-Sánchez de León, 2013) por ejemplo.

La terapia grupal en pacientes con afasia crea un ambiente de empatía en el cual la problemática en común, el apoyo efectivo y la tolerancia ante las dificultades promueven el deseo de expresarse (Peña- Casanova y Pérez-Pames, 1994). A su vez, González y González (2012) proponen que en la terapia de grupo con personas con afasia el lenguaje no sea obstáculo para la convivencia, por lo que es promoviendo la comunicación por medio de gesticulación o cualquier otro recurso que les permita expresarse, logrando así sentirse acompañados y comprendidos.

Existen trabajos que sustentan la intervención en grupos de personas con afasia como el de Berthier, et al. (2014) con su propuesta de Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia (REGIA) que es la adaptación española de la técnica denominada Constraint- Induced Aphasia Therapy (CIAT; Pulvermüller et al., 2001), la cual trata de contrarrestar el aprendizaje del no uso, por medio de cuatro principios: a) restricción del miembro sano, en este caso, disminuir los gestos y sonidos que no son lenguaje, b) uso obligado del lenguaje y c) práctica masiva. Esto, a través del trabajo con 1,100 tarjetas con ilustraciones de objetos o personas en seis categorías, sustantivos, pares mínimos, colores, números adjetivos y frases o acciones. La REGIA es un programa de rehabilitación intensivo de tres horas diarias durante dos semanas consecutivas, se propone trabajar con grupos de 3 personas con afasia.

Nykänen et al. (2013) en su estudio sobre interacciones sociales en afásicos, donde estudio a 40 personas con afasia, 28 de ellos asistía a un grupo de afasia semanal, por lo que al compararlo con pruebas t de muestras independientes revelaron niveles significativamente más altos de participación social y un aislamiento social significativamente menor percibido, así como una mayor conexión social.

Tsvetkova (1977), al plantear un trabajo con pacientes hospitalizados, propone que la primera jornada del día se trabaje con los pacientes con afasia de manera personalizada atendiendo las necesidades propias de su tipo de afasia, mientras que, para la segunda mitad de la jornada del día, plantea un trabajo que facilite un contacto más estrecho de todos los afectados entre sí y del educador con ellos, creando un ambiente de comportamiento oral y general espontáneo, ya que de esta manera habrá repercusiones positivas en la esfera emotivo-volitiva del paciente y en el estado de sus otras funciones mentales superiores. Para lo cual propone actividades como: lectura de diarios y revistas en grupo, audición de emisiones de radio y televisivas, seguidas de debate, práctica de juegos de mesa (ajedrez, damas, dominó) y terapia laboral.

1.3.2 Intervención con la familia de pacientes con afasia

La intervención neuropsicológica no se basa solamente en la atención de la persona con un daño neuropsicológico, sino que también trabaja con el entorno del paciente para lograr redes de apoyo más sólidas que mejoren la calidad de vida del paciente, por ello la intervención con la familia es un recurso viable para lograr estas metas.

Está documentado en la literatura (Arango y Parra, 2008) que los cambios cognitivos, conductuales y de personalidad que acompañan a la lesión cerebral adquirida a menudo tienen un impacto negativo significativo en los miembros de la familia provocando ansiedad, depresión y estrés, por lo que es importante trabajar con la familia. Al compartir las experiencias con el paciente entre varias familias o familiares, puede enriquecerse la intervención al compartir las técnicas que mejor funcionan en casa y las mejores soluciones a los problemas (Sohlberg y Mateer, 2001).

Un aspecto que puede considerarse dentro de la intervención con la familia del paciente es la psicoeducación, la cual se fundamenta en brindar información útil, que en esencia debe ayudar a que la familia pueda situarse mejor ante el padecimiento, así como disminuir la incertidumbre y limitar la angustia (Hernández y Magallón, 2014). Por ejemplo, información puntual sobre el trastorno que padece el paciente, posibilidades de tratamiento, evolución y pronóstico probable del tratamiento, técnicas de comunicación, técnicas emocionales de afrontamiento entre otras.

Por otra parte, el apoyo social (grupos de apoyo) toma cada vez más valor para el afrontamiento del curso y las consecuencias de la lesión cerebral. Ya que los grupos de apoyo son un soporte para sus integrantes, los profesionales de la salud participan como facilitadores, la esencia es la propia gente que lo conforma y comparte sus experiencias, siendo ayudado y ayudador (Rivera y Gallardo, 2005).

2 Planteamiento del problema

La afasia es un trastorno del lenguaje adquirido, que afecta toda la esfera psíquica de la persona que lo padece (Tsvetkova, 1977), en otras palabras, la afasia afecta no sólo la capacidad comunicativa del lenguaje, sino otros procesos psicológicos, el propio pensamiento y aspectos emocionales, lo que termina por afectar la calidad de vida del paciente y la de los que lo rodean. Esta investigación se enfoca en la rehabilitación de las personas con afasias expresivas, es decir, afasia motora aferente, motora eferente y dinámica, ya que presentan dificultad en la expresión verbal, conservan en buena medida la comprensión del lenguaje y tienen una conciencia de su déficit.

La causa más común de la afasia es por enfermedades cerebrales vasculares, hasta un tercio de los pacientes que sufren un evento cerebral vascular padecen como consecuencia afasia (Laska et al. 2001). Los eventos vasculares cerebrales son un problema de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud (2018), han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años. México en 2017 ocupó el sexto lugar dentro de las principales causas de defunción, por lo que las enfermedades cerebrovasculares deben considerarse como un problema de salud de orden prioritario (INEGI, 2018). El aumento de padecimientos como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus también son focos de alerta para mayores casos de enfermedad vascular cerebral.

La afasia influye en todos los ámbitos de quien la padece, puesto que presentan cambios en la personalidad; en la vida laboral, muchas veces al tener que dejar su trabajo; en su dinámica familiar al no poder relacionarse de la misma manera (González y González, 2012), así como una considerable reducción de interacciones sociales y por lo tanto sentido de conexión con los

otros (Nykänen, 2013). De igual manera, la familia del paciente sufre impactos negativos igualmente preocupantes, ya que pueden presentar ansiedad, depresión y estrés (Sohlberg y Mateer, 2001) debido a cambio en los roles ejercidos entre parejas o hijos, los menesteres del cuidado del paciente, problemas e incomprensión al no poder comunicarse con normalidad, entre otros.

Atendiendo las necesidades de salud que se presentan a nivel mundial y nacional, así como tomando en cuenta lo que implica padecer una afasia expresiva, los profesionales de la salud, entre los que se encuentra el neuropsicológico, deben estar preparados para poder atender y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, en la medida de lo posible. Por lo que la pregunta que servirá de base en esta investigación/ intervención es: ¿Cuáles son los efectos de un programa de intervención neuropsicológica en personas con afasias expresivas y sus familiares sobre el lenguaje y el alcance individual de metas?

2.1 Justificación

La presente propuesta de intervención va dirigida a una población que, si bien ha sido ampliamente estudiada, pocas veces en nuestro país se ha propuesto una intervención más integral. Es decir que además de la típica rehabilitación neuropsicológica dirigida únicamente al paciente, se propone implementar una intervención grupal con los pacientes y de psicoeducación y apoyo a sus familiares.

La importancia social radica en atender a pacientes que tras una EVC quedan con secuelas en el lenguaje, a su vez es necesario incluir una propuesta de intervención para sus

familias, atender las necesidades particulares de cada uno y así poder generar una mejor calidad de vida en ambos.

Por otro lado, es importante señalar que se cree conveniente aplicar esta propuesta de intervención neuropsicológica con pacientes con afasias expresivas y sus familiares en el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) pues si bien ya se atiende a personas con este tipo de padecimiento, aplicar dicha propuesta grupal resultaría innovadora y se estaría contribuyendo a la atención integral de las personas.

En el aspecto teórico los resultados obtenidos de la intervención neuropsicológica contribuirán al estudio sobre pacientes con afasias expresivas y a mejoras en el proceso de rehabilitación neuropsicológica de los mismos.

En cuanto a la importancia metodológica, esta propuesta de intervención sugiere realizar sesiones individuales y grupales de rehabilitación a pacientes con afasias expresivas, además se pretende realizar sesiones de psicoeducación a los familiares de dichos pacientes para generar un mejor conocimiento y concientización sobre el padecimiento, con base en el cual mejore el apoyo al funcionamiento psicosocial del paciente.

2.2 Objetivos

Objetivo general

Diseñar e implementar un programa de intervención neuropsicológica para pacientes con afasias expresivas y sus familiares, y evaluar los efectos que genere sobre el lenguaje y el alcance individual de metas.

Objetivos específicos

- Diseñar e implementar un programa de intervención neuropsicológica para pacientes con afasias expresivas y sus familiares.
- Evaluar los efectos que genere la intervención sobre el lenguaje y el alcance individual de metas de los pacientes con afasias expresivas y sus familiares.

2.3 Hipótesis

HI: La implementación de un programa de intervención neuropsicológica para pacientes con afasias expresivas y sus familiares tendrá efectos positivos sobre el lenguaje y el alcance individual de metas.

HO: La implementación de un programa de intervención neuropsicológica para pacientes con afasias expresivas y sus familiares no tendrá efectos positivos sobre el lenguaje y el alcance individual de metas.

3 Método

3.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio de casos con alcance descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), ya que se busca especificar las propiedades y las características de un fenómeno, es decir, los efectos que la intervención provocará en los participantes y sus familiares.

La intervención neuropsicológica empleada combina las dos perspectivas clásicas de rehabilitación de la afasia, el enfoque cognoscitivo y el histórico-social o soviético.

3.2 Diseño de investigación

Se realizó una evaluación pre y post intervención. Este diseño permite apreciar si existen cambios en los casos después de una intervención en relación con el punto inicial.

3.3 Población

Personas con afasia que acuden al servicio de neuropsicología del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) y sus familiares.

- **Muestra:** Se trabajó con 2 pacientes con diagnóstico de afasia expresiva y sus respectivos familiares, asistentes al CITPsi.
- **Muestreo:** no probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión para los pacientes:

- Participantes diestros
- Edades comprendidas entre los 40 y 70 años
- Diagnóstico de afasia motora aferente, motora eferente o dinámica de etiología vascular

Criterios de inclusión para los familiares:

Ser familiar cercano al paciente, quien funge como cuidador o responsable principal. Por lo que se admitió a uno o dos familiares por paciente.

3.4 Instrumentos

Para la evaluación neuropsicológica de los pacientes:

- Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica “Test de Barcelona” (Villa, 1995). Adaptaciones del Test Barcelona para su aplicación en México. Evalúa las siguientes áreas: Lenguaje; Escritura; Lectura; Memoria, Imitación de gestos y posturas; Praxis constructiva; Orientación; Cálculo e información. Con esta prueba se puede realizar un análisis integral del estado cognoscitivo de la persona y un diagnóstico diferencial. Sin embargo, se utilizará el resto de las subpruebas de lenguaje de la versión larga (Castellano, 2007).
- Índice de Barthel (1989)
La escala mide la capacidad de una persona para realizar 10 actividades de la vida diaria, que se consideran básicas, de esta forma se obtiene una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Se debe interrogar al paciente y/o a su cuidador sobre cada una de las actividades correspondientes y según su capacidad para realizarla se dará un

puntaje de 0, 5, 10 o 15 (para determinadas actividades), con un puntaje máximo de 100 puntos.

- Índice de Lawton de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton & Brody, 1969)

Se valoran actividades instrumentales (uso del teléfono, realización de compras, preparación de alimentos, realización de tareas domésticas, utilización de transporte, responsabilidad en la medicación y el manejo del dinero). Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas a las que se asigna el valor numérico 1 o 0. La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas, donde 8 es independencia total.

- Inventario de depresión de Beck et al. (1996)

La versión utilizada en esta investigación es la estandarizada para población mexicana de Jurado et al. (1998). La prueba consta de 21 ítems, los cuales evalúan principalmente los pensamientos intrusivos que se relacionan con la depresión. Las respuestas tienen formato de opción múltiple, las cuales se puntúan del 1 al 4 según corresponda, la suma de todos los ítems varía de 0 a 63. A mayor puntuación obtenida, mayor es la depresión. Un resultado superior a 10 indica presencia de depresión, de 17- 29 corresponde a depresión moderada y una puntuación de 30 a 63 revela depresión severa.

Para los familiares:

- Inventario de depresión de Beck et al. (1996). Descrito en el apartado anterior.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, et al., 1975).

Escala que evalúa ansiedad como estado (en el momento presente) y como rasgo (como característica de personalidad), por lo cual se obtienen dos puntuaciones con interpretaciones independientes, las puntuaciones obtenidas se interpretan con el criterio, < 30 puntos, ansiedad baja, de 30 a 44 puntos, corresponde a ansiedad media y > 45 puntos, ansiedad alta.

Instrumentos para la evaluación de la intervención:

Para los pacientes con afasias expresivas

- Escala de Alcance de Metas (GAS, por sus siglas en inglés) (Turner- Sokes, 2009).

Es un método para calificar el alcance de los objetivos individuales por paciente tras el curso de la intervención. Las metas se identifican individualmente para adaptarse al paciente en torno a sus niveles de rendimiento actuales y esperados. Los objetivos establecidos deben seguir el principio SMART (por sus siglas en inglés), es decir, deben ser específicos, medibles, alcanzables, realistas y oportunos. Los cuales se establecen con la participación del paciente, el familiar y el profesional, en un intento de hacerlos más ecológicos. A cada meta se establece un valor numérico para ponderar su importancia y dificultad que van del 1 al 3.

Cada objetivo se puntúa en una escala de 5 puntos, con el grado de logro obtenido. Si el paciente alcanza su nivel esperado, se puntúa con 0. Si logran un resultado mejor de lo esperado, se puntúa +1 (algo mejor), +2 (mucho mejor), en cambio, si logran un resultado peor de lo esperado, se califica con -1 (algo peor) o -2 (mucho peor). Posteriormente los resultados se someten a una fórmula donde el participante obtiene una medición cuantitativa, la cual se puede posicionar en una escala visual análoga que permite reflejar mejoría, mantenimiento o retraso según los objetivos planteados.

Para los familiares de pacientes con afasias expresivas

- Escala de evaluación de participación en el programa de intervención neuropsicológica para pacientes con afasias expresivas y sus familiares

Esta escala se construyó con base en el “Music in dementia Assessment Scale” (MiDAS, por sus siglas en inglés) (McDermott, Orrell & Ridder, 2014), que evalúa la participación y desempeño de adultos con demencia en sesiones de musicoterapia. El objetivo es evaluar el desempeño de cada participante por sesión, con aspectos establecidos por el profesional, que posteriormente se calificarán de manera subjetiva. Al ser una escala visual análoga que va del 0, el valor más bajo, al 100, correspondiente al valor más alto, permite apreciar el rendimiento alcanzado de cada aspecto evaluado, de los pacientes, en cada sesión.

Los aspectos que se evaluaron para las sesiones grupales para familiares/cuidadores de personas con afasias expresivas son tres: nivel de interés, participación comprensión del tema. En el anexo 8 se muestra un ejemplo de esta escala.

3.5 Procedimiento

El procedimiento se dividió en cuatro fases:

- A. Reclutamiento de la muestra: para lo cual se realizó de dos maneras, una por medio de la revisión constante de preconsultas del servicio de Atención Neuropsicología del CITPsi y la segunda, por medio de la difusión de un cartel (Anexo 9) a través del correo electrónico institucional de la UAEM, por redes sociales oficiales de la UAEM y personales, así como en la difusión de spots y entrevistas radiofónicas en la estación de radio de la UAEM.

- B. Evaluación pre - intervención: se citó a los pacientes para informarles del proyecto de intervención, posteriormente los participantes firmaron dos consentimientos informados, uno para el paciente y otro para su familiar, con sus respectivas particularidades. La evaluación neuropsicológica se realizó en el CITPsi, dividida en 4 o 5 sesiones de 90 minutos.
- C. Implementación de los programas de intervención: Se tomaron en cuenta las particularidades de los pacientes y sus familias, para realizar ajustes al programa de intervención propuesto.
- D. Evaluación post – intervención: luego de las 12 semanas de sesiones individuales y grupales de los pacientes con afasias expresivas y sus familiares se evaluaron los resultados del programa de intervención por medio de la aplicación de los instrumentos descritos con anterioridad.

3.6 Presentación de los casos clínicos

Se contactó con 20 posibles participantes, sin embargo, no cubrían con uno o varios criterios de inclusión. Por otro lado, se reporta la deserción de tres pacientes que ya estaban en la etapa de evaluación, uno de los casos, una paciente de 70 años con diagnóstico probable de afasia eferente, quien abandonó el programa sin dar ninguna justificación, la segunda, paciente de 63 años con un probable diagnóstico de afasia aferente, desertó del programa para reincorporarse a su trabajo y el tercer caso, un paciente de 40 años con diagnóstico probable de afasia eferente, quien desertó por problemas familiares. Al final, el programa de intervención planteado fue

implementado únicamente para dos pacientes con sus respectivos familiares. A continuación, se presentan los dos casos clínicos.

Caso GR

GR es un hombre diestro de 68 años, con 2 años de escolaridad. Es originario de una zona rural del estado de Guerrero, vive únicamente con su esposa en dicho estado. Tiene 5 hijos, quienes viven fuera del estado de Guerrero. Previo a su padecimiento se dedicaba por temporadas a vender joyería de plata por diversos estados de la república y a trabajos de agricultura. El Sr. GR padece hipertensión arterial, con una evolución de 7 años. En enero del presente año, el paciente sufrió un evento cerebrovascular de tipo isquémico de la arteria cerebral media izquierda, afectando varios procesos, principalmente el lenguaje. Actualmente el paciente se dedica a algunas labores de agricultura y ganadería.

La familia reporta que el paciente no tuvo un adecuado apego a su medicamento hipertensivo por aproximadamente 20 días previo a su EVC, por lo que empezó a presentar malestares como dolor de cabeza, incoordinación motora y alteraciones en el lenguaje. Fue trasladado y atendido en el Hospital Central Militar el 14 de enero del presente año, donde por medio de una tomografía de cráneo se halló un infarto cerebral en la región frontal izquierda. Tras tres días de hospitalización es dado de alta. Se realizó un nuevo estudio de neuroimagen en octubre del presente año que se ilustra en la figura 1.

Fue atendido por secuelas en el lenguaje en el mismo hospital. Tuvo una sesión semanal de 30 minutos por tres semanas. Al enterarse de los servicios de CITPSi la familia del paciente

decide buscar la atención en dicho lugar. El paciente fue evaluado en CITPsi en el mes de marzo. Sin embargo, por cuestiones personales dejó de asistir al centro. En julio, su familia contacta de nuevo el servicio, por lo que se incluyó al programa nuevamente.

El Sr. GR tiene un aspecto acorde a su edad, con aliño e higiene adecuados en cada ocasión y durante las evaluaciones y sesiones se mostró con buen ánimo, dispuesto y participativo.

El paciente GR es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, en el Índice de Barthel obtuvo una puntuación de 100 y 7 puntos en la Índice de Lawton & Brody de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Por otro lado, no se reporta síntomas de depresión en el paciente, obtuvo una puntuación de 4 en el Inventario de depresión de Beck.

La exploración neuropsicológica al Sr. GR muestran un diagnóstico de afasia dinámica, con alexia y agrafia afásicas. También hay repercusiones en los demás procesos debido a la alteración en el lenguaje. Al Sr. GR le es complicado formar un discurso que exprese sus deseos y pensamientos. Le es difícil contestar o continuar un dialogo fuera de las palabras que acaba de oír de su interlocutor.

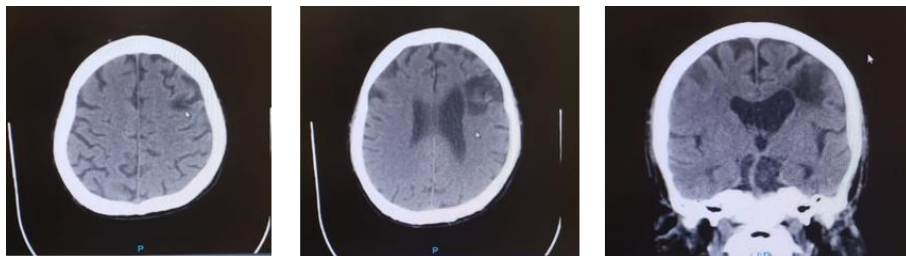


Figura 1. Imagen de Tomografía Computarizada de Cráneo del paciente GR

Caso CN

CN es un hombre diestro, de 66 años, con 12 años de escolaridad. Originario de la Ciudad de México. Actualmente vive con su esposa en Cuernavaca, Mor. Tiene dos hijas, ambas viven en el extranjero. Previo a su padecimiento se dedicaba a un negocio propio de bienes e inmuebles.

En julio de 2017 sufrió un evento cerebrovascular, por medio de una tomografía de cráneo diagnostican que el paciente sufrió un infarto cerebral en la región frontal izquierda, dejándole secuelas de lenguaje y hemiparesia derecha. Fue dado de alta al tercer día y poco después recibió terapia física que ayudó a la pronta recuperación del movimiento del hemicuerpo derecho. En cuanto a rehabilitación del lenguaje, el paciente tuvo apoyo en Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE, Morelos) por 5 meses aproximadamente, hasta que el lugar tuvo que suspender actividades por razones administrativas, por lo que posteriormente solicitó el servicio en el CITPsi. Se informa también que, en el mes de octubre el Sr. CN se reincorpora a terapias en el CREE al reanudar actividades en dicho lugar. En la figura 2 se muestra su tomografía axial computarizada de cráneo donde se rebela, disminución en el volumen subcortical, hipodensidad en región frontal y parietal izquierda, y región insular.

El Sr. CN tiene un aspecto acorde a su edad, en cada sesión lucía aliñado y con higiene adecuados. Durante las sesiones de evaluación y rehabilitación el paciente mostró disposición y su ánimo y participación fueron en ascenso.

Tras la evaluación neuropsicológica se determinó que el paciente CN tiene un cuadro afásico motor eferente, además de alexia y agrafia afásicas, que afectan de manera secundaria a los demás procesos cerebrales. El Sr. CN no puede realizar proposiciones, no utiliza conectores y

regularmente no puede realizar conjugaciones. No puede escribir de manera adecuada, se queja de “olvidar” lo que estaba escribiendo, pues se queda en la primera letra o sílaba. Su lectura de igual modo, sin conectores y cambiando algunas palabras por otras parecidas (literales).

El paciente CN es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, obteniendo 100 puntos en el Índice de Barthel y 6 puntos en la Índice de Lawton & Brody de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, puntuando en 0 justamente en donde los ítems se relacionan con lenguaje. El paciente no presentaba síntomas de depresión, obtuvo una calificación de 7 en el Inventario de depresión de Beck.

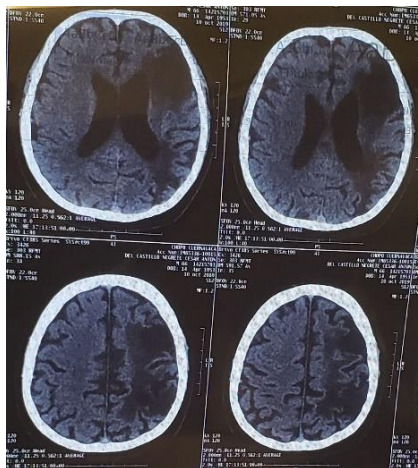


Figura 2. Tomografía Axial Computarizada del paciente CN

3.7 Programa de intervención

Los ámbitos abordados en la intervención son: a) Intervención neuropsicológica individual, dentro de esta intervención se establecieron 12 sesiones semanales de una hora, en la que se atendieron necesidades individuales de los participantes. b) Intervención neuropsicológica grupal, se determinaron seis sesiones donde el objetivo fue restablecer el lenguaje a través de la

convivencia y diálogo entre pacientes. c) Psicoeducación a familiares, se llevaron a cabo 5 sesiones, cada una con temas distintos de psicoeducación relacionados al cuidado personal y el del paciente.

El programa de intervención se presenta en cinco partes, un apartado por cada tipo de afasia, correspondientes al abordaje individual, posteriormente un apartado donde se describen las sesiones del grupo de pacientes con afasias expresivas y por último el apartado de las sesiones planteadas para los familiares/cuidadores de los pacientes. La implementación del programa de intervención se llevó a cabo de la semana del 29 de julio al 18 de octubre del 2019, tabla 2.

Tabla 2. Cronograma de las sesiones de intervención.

Sesiones	Agosto					Septiembre				Octubre		
	29 -02	05 -09	12 - 16	19 - 23	26 - 30	02 - 06	09 - 13	16 - 20	23 - 27	30 - 04	07 - 11	14 - 18
Individuales - pacientes con afasias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupales - pacientes con afasia	X viernes 02	X viernes 16			X viernes 30		X viernes 13		X viernes 27		X viernes 11	
Grupales - familiares de pacientes				X viernes 23		X viernes 06		X viernes 20		X viernes 04		X viernes 18

- **Neuropsicológico individual**

La teoría en la que se basa esta parte de la intervención es en la propuesta por Tsvetskova (1977) en su libro “Reeducación del lenguaje, la lectura y la escritura”.

La organización las sesiones individuales se planeó para trabajar 60 minutos aproximadamente: 10 minutos para el saludo y establecer las condiciones emocionales óptimas para empezar a trabajar, es decir preguntar sobre cómo ha estado y qué ha hecho en los días anteriores. 40 minutos para implementar las tareas correspondientes de la sesión planeada y 10 minutos para hacer el cierre de la sesión donde habrá una retroalimentación al paciente sobre su desempeño durante esta, así como disipar dudas en caso de que las haya, tanto del paciente como del cuidador. Por último, se les explicará la tarea para casa asignada al paciente y su familiar.

Sesiones individuales para pacientes con afasia motora aferente

No se incluyó pacientes con afasia motora aferente, dadas las condiciones surgidas en la captación de pacientes, sin embargo, al tenerse contemplado en la base del presente trabajo, se incluye la información correspondiente a la intervención que se realizaría en pacientes con esta afasia.

El objetivo general que se persigue en la intervención neuropsicológica en este tipo de afasia es lograr la rehabilitación de los mecanismos con alteración funcional identificados en la evaluación, mejorar las parafasias fonológicas de origen articulatorio, así como aumentar el repertorio lexical para devolver al paciente la facultad total o casi total del habla. En el anexo 3 se presenta el desglose de las sesiones individuales diseñadas para el presente programa de intervención.

Sesiones individuales para pacientes con afasia motora eferente.

El objetivo general de la intervención para pacientes con afasia motora eferente es lograr la rehabilitación de los defectos de la organización cinética del discurso, es decir, superar las dificultades de conmutación en el proceso articulatorio, las perseveraciones y el restablecimiento

de la estructura gramatical. El programa se estructuró en tres momentos, la etapa preliminar tuvo como objetivo principal el desbloqueo del lenguaje; la primera etapa de rehabilitación buscó lograr el restablecimiento de la fonación activa de palabras sueltas y la etapa dos, rehabilitar la gramática expresiva en el habla mediante estimulación semántica y auditiva. Las sesiones individuales diseñadas en este programa de intervención pueden consultarse en el anexo 4.

Sesiones individuales para pacientes con afasia dinámica

El objetivo general de las sesiones individuales para la rehabilitación de la afasia dinámica fue rehabilitar los defectos del lenguaje interno, recurriendo a la programación externa de la expresión del lenguaje. A través del desbloqueo del aparato fonoarticulador, la actualización de verbos o rehabilitación del lenguaje predicativo y el lenguaje coherente por medio del discurso. Las sesiones individuales diseñadas en este programa de intervención para la afasia dinámica pueden consultarse en el anexo 5.

- **Intervención neuropsicológica grupal de personas con afasias expresivas:**

Se contemplaron seis sesiones grupales, donde el objetivo fue restablecer el lenguaje a través de la convivencia entre los pacientes, incentivando el ambiente propicio para la participación y el diálogo. El desglose de las sesiones se muestra en el anexo 6.

- **Psicoeducación a familiares:**

El programa de intervención incluyó cinco sesiones con distintas temáticas de psicoeducación para los familiares/cuidadores de los pacientes con afasias. En el anexo 7 se describe cada una de las sesiones que incluyeron información sobre la enfermedad vascular cerebral, la afasia, técnicas de comunicación y cuidado del cuidador.

3.8 Técnica de análisis de datos

El análisis de los resultados de la intervención se realizó por medio del cálculo de la Escala de Alcance de Metas, ya que esta escala es útil para medir el impacto de las intervenciones en estudio de casos.

4 Resultados

Los resultados se encuentran divididos en tres apartados, el primero corresponde a los hallazgos neuropsicológicos de las evaluaciones pre y post intervención de los pacientes, en el segundo se exponen los resultados de la Escala GAS y por último los hallazgos correspondientes a los familiares de los pacientes, con respecto a las pruebas para evaluar la depresión y la ansiedad, así como los resultados correspondientes a la “Escala de evaluación de la participación en sesiones grupales para familiares de personas con afasias expresivas”.

Hallazgos neuropsicológicos de las evaluaciones pre y post intervención

Caso GR

Se presenta desglosado cada proceso neuropsicológico y se ilustran los resultados pre y post intervención del Caso GR a través de las tablas 3 y 4.

Orientación

En ambas evaluaciones el paciente pudo proporcionar datos de su edad, donde vive, la fecha y ciudad actual. Es decir, el Sr. GR se encuentra orientado en persona, tiempo y lugar.

Tabla 3. Perfil del PIEN – Caso GR

● 50-70 AÑOS. ESC BAJA (2.23 ± 1.67). SUBPRUEBAS.	Percentiles									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	95
	INFERIOR		MIN	↓	MEDIO			MÁXIMO		
FLUENCIA Y GRAMÁTICA.....	0	2 4 6 9								10
CONTENIDO INFORMATIVO.....	0	2 4 6 9								10
ORIENTACIÓN PERSONA.....	0	2 3 4 5	6							7 9
ORIENTACIÓN LUGAR.....	0	1 2 3	4							5 7
ORIENTACIÓN TIEMPO.....	0	5 11 16 21		22						23
DÍGITOS DIRECTOS.....	0	1 2	3			4			5	6
DÍGITOS INVERSOS.....	0		1			2			3	4
SERIES ORDEN DIRECTO.....	0	1 2								3
SERIES ORDEN DIRECTO T.....	0	1 2	3 4			5				6
SERIES INVERSAS.....	0	1 1		2						3
SERIES INVERSAS T.....	0	1 2		3		4	5			6
REPETICIÓN DE LOGATOMOS.....	0	1 2 3 4	5			7				8
REPETICIÓN PALABRAS.....	0	2 4 6 9								10
DENOMINACIÓN IMÁGENES.....	0	4 6 9 10	11	12		13				14
DENOM. IMÁGENES T.....	0	8 16 24 29	30	36	37		39			42
RESPUESTA DENOMINANDO.....	0	2 3 4 5								6
RESPUESTA DENOMINANDO T.....	0	5 9 13 17								18
EVOC. CATEG. ANIM. Im.....	0	2 4 5 6	7 10	12	13 14 15 16				17 23 26	→
COMP. REALIZAC ÓRDENES.....	0	1 4 9 11	12 13	14			15			16
MATERIAL VERBAL COMPLEJO.....	0	1 2 3 4	5 6			7			8	9
MAT. VERB. COMPLEJO T.....	0	4 6 12 14	15	18	20	21			24	27
LECTURA LOGATOMOS.....	0	1 2 3 4	5							6
LECTURA LOGATOMOS T.....	0	1 3 10 11	12 15							18
LECTURA TEXTO.....	0	15 30 45 50	51 54	55						56
COMP. LOGATOMOS.....	0	1 2 3 4 5	6							6
COMP. LOGATOMOS T.....	0	4 6 9 10	11 12	14	15 17					18
COMP. FRASES Y TEXTOS.....	0	1 2 3 4	5		6			7		8
COMP. FRASES Y TEXTOS T.....	0	1 3 4 5	6 9	10		14 16 17			19 21 24	
MECÁNICA DE LA ESCRITURA.....	0	1 2 3 4								5
DICTADO LOGATOMOS.....	0	2 3	4	5						6
DICTADO LOGATOMOS T.....	0	2 4 5 6	7 8	11	12 13	14	15			18
DENOMINACIÓN ESCRITA.....	0	2 3 4 5								6
DENOMINACIÓN ESCRITA T.....	0	3 6 8 9	10 12	14	15					18
GESTO SIMBÓLICO ORDEN DERECHA.....	0	2 4 6 7	8 9							10
GESTO SIMBÓLICO ORDEN IZQUIERDA.....	0	2 4 6 7	8 9							10
GESTO SIMBÓLICO IMITAC. DERECHA.....	0	2 4 6 9								10
GESTO SIMBÓLICO IMITAC. IZQUIERDA.....	0	2 4 6 9								10
IMITACIÓN POSTURAS BILAT.....	0	1 3 4 5	6	7						8
SECUENCIA DE POSTURAS DERECHA.....	0	1 2	3 4	5	6	7				8
SECUENCIA DE POSTURAS IZQUIERDA.....	0	1	3 4	5		6		7		8
PRAXIS CONST. COPIA.....	0	2 4 5 7	8	10	12 13	14	17 18			17 18
PRAXIS CONST. COPIA T.....	0	3 7 10 12	13 17	18	21 23 25 26	27	32 36			
IMÁGENES SUPERPUESTAS.....	0	4 6 9 13	14	17	18	19				20
IMÁG. SUPERPUESTAS T.....	0	3 6 9 19	20 22	24	26 28 29 31	32	35			
MEMORIA TEXTOS.....	0	1 2 3 4	5 7 8	9 10	12	13 15				
MEMORIA TEXTOS PREG.....	0	2 5 6 7	8 10 12	13 14 15 16	17 19 21					
MEMORIA TEXTOS DIFERIDA.....	0	1 2 3 4	5 8	9 11 12	13 17 18					
MEMORIA TEXTOS DIF. PREG.....	0	2 4 5 7	8 10 11	12	14 16	17 18 21				
MEMORIA VIS. REPRODUCCIÓN.....	0	1 2 3	4	6	7 8 9 10	11 13 14 16				
PROBLEMAS ARITMÉTICOS.....	0		1 2	3	4	6 10				
PROBLEM ARITMÉTICOS T.....	0		1 2 4			6 8 9	11 18 20			
SEMEJANZAS-ABSTRACCIÓN.....	0		1 2	3	4	5	7 10 12			
CLAVE DE NÚMEROS.....	0	1 2	3 5 6	8 9	11 15	16 18 21	→			
CUBOS.....	0		1	2	3	4	5 6	8	9 10 15	
CUBOS T.....	0	1	2	3 4	5 6	8	9 10 15			
SUBPRUEBAS.	Percentiles									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	95

Primera evaluación ● Segunda evaluación ●

Tabla 3. Perfil clínico afásico PIEN – Caso GR

	1ª evaluación		2ª evaluación	
	Percentil	Interpretación	Percentil	Interpretación
Conversación-narración	50	Moderado	65	Moderado
Narración temática	70	Moderado	95	Discreto
Descripción	60	Moderada	60	Moderada
Fluencia y gramática	70	Moderada	70	Moderada
Contenido informativo	55	Moderada	75	Discreto
Ritmo	55	Moderada	95	Discreto
Melodía	95	Discreto	95	Discreto
Serios en orden directo	95	Discreto	95	Discreto
Serios en orden directo T	70	Moderada	95	Discreto
Serios en orden inverso	60	Moderada	60	Moderada
Serios en orden inverso T	60	Moderada	60	Moderada
Praxis orofonatoria	95	Discreto	95	Discreto
Repetición de sílabas	95	Discreto	95	Discreto
Repetición de pares de sílabas	75	Discreto	75	Discreto
Repetición de logotomos	85	Discreto	95	Discreto
Repetición de palabras de pares mínimos	95	Discreto	95	Discreto
Repetición de palabras	95	Discreto	95	Discreto
Repetición de frases	70	Moderado	75	Discreto
Denominación de imágenes	80	Discreto	95	Discreto
Denominación de imágenes T	85	Discreto	90	Discreto
Denominación de objetos	95	Discreto	95	Discreto
Denominación de objetos T	70	Moderado	95	Discreto
Respuesta denominando	95	Discreto	95	Discreto
Respuesta denominando T	95	Discreto	95	Discreto
Completamiento denominando	95	Discreto	95	Discreto
Completamiento denominando T	60	Moderado	95	Discreto
Evocación categorial de animales	65	Moderado	95	Discreto
Evocación categorial con «p» (3 min)	70	Moderado	70	Moderado
Comprensión de palabras (señalar)	70	Moderado	70	Moderado
Comprensión de palabras T	35	Grave	40	Moderado
Comprensión de ejecución de órdenes	95	Discreto	95	Discreto
Material verbal complejo	50	Moderado	95	Discreto
Material verbal complejo T	95	Discreto	95	Discreto
Lectura de letras	95	Discreto	95	Discreto
Lectura de letras T	60	Moderado	95	Discreto
Lectura de números	70	Moderado	70	Moderado
Lectura de números T	70	Moderado	70	Moderado
Lectura de logotomos	50	Moderado	65	Moderado
Lectura de logotomos T	50	Moderado	65	Moderado
Lectura de palabras	95	Discreto	95	Discreto
Lectura de palabras T	65	Moderado	95	Discreto
Lectura de texto	60	Moderado	60	Moderado
Comprensión de palabra-imagen	95	Discreto	95	Discreto
Comprensión de palabra-imagen T	95	Discreto	55	Moderado
Comprensión de letras	50	Moderado	95	Discreto
Comprensión de letras T	45	Moderado	95	Discreto
Comprensión de palabras	40	Moderado	95	Discreto
Comprensión de palabras T	55	Moderado	70	Moderado
Comprensión de logotomos	50	Moderado	75	Discreto
Comprensión de logotomos T	55	Moderado	75	Discreto
Comprensión de órdenes escritas	50	Moderado	70	Moderado
Comprensión de frases y textos	60	Moderado	70	Moderado
Comprensión de frases y textos T	45	Moderado	55	Moderado
Mecánica de la escritura (mano derecha)	40	Moderado	55	Moderado
Dictado de letras	60	Moderado	95	Discreto
Dictado de letras T	60	Moderado	95	Discreto
Dictado de números	55	Moderado	95	Discreto
Dictado de números T	60	Moderado	75	Discreto
Dictado de logotomos	45	Moderado	45	Moderado
Dictado de logotomos T	50	Moderado	50	Moderado
Dictado de palabras	0	Grave	50	Moderado
Dictado de palabras T	40	Moderado	50	Moderado
Dictado de frases	55	Moderado	55	Moderado
Denominación escrita	40	Moderado	40	Moderado
Denominación escrita T	45	Moderado	45	Moderado
Escritura narrativa	55	Moderado	55	Moderado

Nota. Las puntuaciones que mostraron mejoría se encuentran resaltadas.

Lenguaje

En el aspecto de comprensión en ambas evaluaciones el paciente logró reconocer e identificar los fonemas del lenguaje, comprende el significado de las palabras y las estructuras gramaticales simples, sin embargo, se identificó que en la primera evaluación ocasionalmente requería de la repetición de las consignas, así como de requerir un mayor periodo de tiempo para emitir una respuesta. Mientras que en la segunda evaluación estos aspectos mejoraron. Se estima que el sentido profundo del lenguaje se encuentra medianamente conservado, sin embargo, debido a su lenguaje ecolálico, no se pudo explorar más.

La expresión oral se encuentra afectada, en la primera evaluación no había una iniciativa propia del paciente, ni tenía un desarrollo de su diálogo, si podía establecer una conversación, sin embargo, con un bajo contenido informativo y prosodia. Para la segunda evaluación se reporta una mejoría, el paciente inicia con mayor frecuencia su dialogo y lo desarrolla más, lo que permite un mayor contenido informativo. Se reporta presencia de ecolalia, anomias y perseveraciones, presentes en los dos momentos de evaluación, sin embargo, estos disminuyeron en el segundo momento. Tiene una adecuada denominación y repetición de palabras y pseudopalabras, detectada en ambas evaluaciones.

En cuanto a la escritura, el paciente la realiza con la mano derecha, la mecánica de la escritura fue lenta, en ambas evaluaciones, sin embargo, ubo una mejoría en la segunda evaluación. En la primera evaluación la escritura a la copia y espontánea eran ininteligibles, para la segunda evaluación esto mejoró notablemente, aunque aún hay defectos en la escritura espontanea. En la escritura al dictado el paciente logró escribir correctamente la mayoría de las letras y números. No hay un uso adecuado del espacio de la hoja.

Lectura, este proceso se encuentra medianamente alterado, el paciente tiene una lectura con prosodia irregular, pues va leyendo por grafemas, esto reportado en ambas evaluaciones. La lectura en silencio también se encuentra alterada. También podría considerarse aquí su escolaridad.

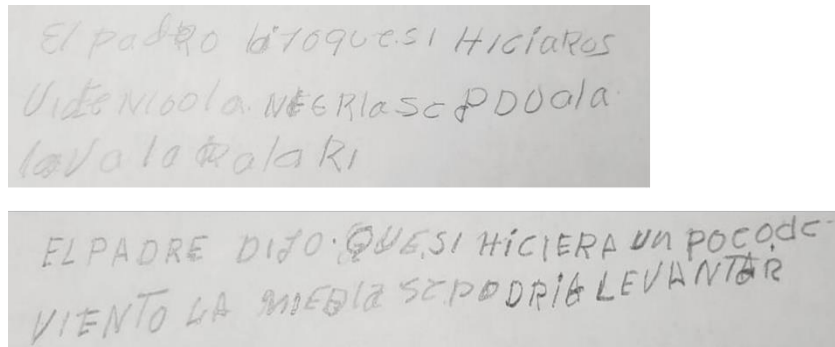


Figura 3. Escritura a la copia del paciente RG, arriba corresponde a la primera evaluación, abajo, la segunda evaluación

Gnosias

El paciente conserva la percepción visual de objetos, dibujos, rostros, colores y partes del cuerpo. En ambas evaluaciones no se detectaron alteraciones, en la segunda evaluación se reporta una mejoría en el desempeño de la subprueba imágenes superpuestas. La percepción auditiva y táctil se encuentra en parámetros normales en las dos evaluaciones, el paciente reconoce sonidos propios del lenguaje y ambientales, e identifica objetos al tocarlos. En cuanto a la percepción espacial el paciente logra identificar su esquema corporal, la orientación derecha – izquierda en su propio cuerpo y otros referentes lo realiza con lentitud y corrigiendo, su capacidad para manipular información espacial mentalmente y en el plano gráfico se encuentra limitada, sin embargo, se debe considerar su escolaridad. Se reporta una mejoría en la construcción de figuras en tercera dimensión en la segunda evaluación.

Praxias

No se reportan alteraciones en la motricidad gruesa y fina en ambas evaluaciones. El paciente pudo realizar con éxito posturas con una y dos manos (base cinestésica). En cuanto a la secuencia de movimientos en el aspecto motor y gráfico, pudo iniciar el patrón adecuadamente, sin embargo, se observó desautomatización de las secuencias motoras presentado omisiones y/o perseveraciones de elementos (base cinética). La realización de gestos simbólicos tanto a la orden, como a la copia se llevó a cabo con éxito. Respecto a las praxias constructivas y constructivas-gráficas, el paciente tuvo un desempeño medio.

Atención

Ubo una conservación de la atención involuntaria en las dos evaluaciones, el paciente muestra un adecuado reflejo de orientación ante estímulos inesperados. Por otro lado, la atención voluntaria en la primera evaluación se encontró alterada, pues era fluctuante, no lograba inhibir impulsos internos, constantemente se retraía en sus pensamientos, por ejemplo, al querer dar a entender una idea que no lograba expresar, esto principalmente en pruebas verbales. Para la segunda evaluación su atención era mas estable, sin embargo, aún presenta periodos donde es necesario redireccionar su atención.

En el componente de focalidad, el paciente fue capaz de identificar un estímulo entre varios en ambas evaluaciones. Respecto al volumen atencional, se identificó un span atencional reducido en la primera evaluación, ya que pudo retener sólo tres dígitos, para la segunda evaluación, este número aumentó a uno más lo que lo posicionó en un desempeño medio. En lo correspondiente a la atención dividida, se reporta conservada en ambas evaluaciones, el Sr. RG

tuvo la capacidad para trasladar la atención entre dos estímulos, así mismo el paciente tiene la capacidad de atender a todo el campo visuo-espacial.

Memoria

Memoria a largo plazo: Hay conservación de datos biográficos relevantes, proporcionando detalles de estos, reflejado en ambas evaluaciones.

Memoria a corto plazo: al ser evaluado en modalidad audio – verbal con historias, las afectaciones en el lenguaje resultan un impedimento para su correcta evaluación, el paciente no logró proporcionar información en la de manera espontánea en ambas evaluaciones, sin embargo, se supone un desempeño medio en este proceso, ya que, al realizarle las preguntas de los textos, a pesar de la ecolalia, logró proporcionar información sustancial, e incluso se reporta una mejoría en la segunda evaluación. En la memoria visual, la primera evaluación reportó un desempeño deficitario, el cual mejoró a un desempeño en el límite para la segunda evaluación. La memoria prospectiva se reporta sin aparente alteración en el recuerdo de acciones futuras en ambas evaluaciones.

Cálculo

El paciente es consciente del concepto de número, puede leer y escribir correctamente números de uno y dos dígitos. En cuanto a la realización de cálculo mental este se encuentra alterado, en ambas evaluaciones el paciente pudo realizar sólo sumas sencillas, en el cálculo escrito resultó con mayores complicaciones ya que el dictado de los números debía ser corregido y no hubo una noción para la solución de estos.

Funciones ejecutivas

Se reporta de manera clínica una disminución considerable de las funciones ejecutivas afectadas colateralmente por el lenguaje, los tiempos de reacción fueron prolongados, no hay una aparente planeación en la resolución de problemas, el paciente se guía más por una ensaño y error y no hay un monitoreo de su activad.

Caso CN

Se presenta desglosado cada proceso neuropsicológico y se ilustran los resultados pre y post intervención a través de las tablas 5 y 6.

Orientación

El paciente se encontraba orientado en persona, lugar y tiempo en ambas evaluaciones. A pesar de sus complicaciones en el lenguaje el Sr. CN hayo estrategias para poder comunicar los datos correspondientes, por ejemplo, empezar a decir los meses y parar en el correspondiente.

Tabla 3. Perfil del PIEN – Caso CN

÷ 50-70 AÑOS. ESC MEDIA (7.88 ± 2.23). SUBPRUEBAS.	Percentiles																			
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	95										
	INFERIOR		MIN	↓	MEDIO			MÁXIMO												
FLUENCIA Y GRAMÁTICA.....	0	2	4	6	9					10										
CONTENIDO INFORMATIVO.....	0	2	4	6	9					10										
ORIENTACIÓN PERSONA.....	0	2	3	4	5	6				7										
ORIENTACIÓN LUGAR.....	0	1	2	3		4			5	7										
ORIENTACIÓN TIEMPO.....	0	5	11	16	21		22			23										
DÍGITOS DIRECTOS.....	0	1	2	3	4			5	6	7										
DÍGITOS INVERSOS.....	0	2	4	6	9			4		5										
SERIES ORDEN DIRECTO.....	0	1	2							3										
SERIES ORDEN DIRECTO T.....	0	1	2	3	4	5				6										
SERIES INVERSAS.....	0	1	1			2				3										
SERIES INVERSAS T.....	0	1	2	4	5					6										
REPETICIÓN DE LOGATOMOS.....	0	1	2	3	6	7				8										
REPETICIÓN PALABRAS.....	0	2	4	6	9					10										
DENOMINACIÓN IMÁGENES.....	0	4	6	9	10	12	13	1		14										
DENOM. IMÁGENES T.....	0	8	16	25	35	36	39	40	41	42										
RESPUESTA DENOMINANDO.....	0	2	3	4	5					6										
RESPUESTA DENOMINANDO T.....	0	5	9	13	16	17				18										
EVOC. CATEG. ANIM. Im.....	0	2	5	7	9	10	13	14	16	17	20	22	25	27	31	→				
COMP. REALIZAC ÓRDENES.....	0	1	4	9	14	15					16									
MATERIAL VERBAL COMPLEJO.....	0	1	2	4	6	7		8			9									
MAT. VERB. COMPLEJO T.....	0	4	6	12	18	19	21		23	24	25	26	27							
LECTURA LOGATOMOS.....	0	1	2	3	5						6									
LECTURA LOGATOMOS T.....	0	1	3	10	14	15					18									
LECTURA TEXTO.....	0	15	30	45	50	55					56									
COMP. LOGATOMOS.....	0	1	2	3	5						6									
COMP. LOGATOMOS T.....	0	4	6	9	14	15	16	17			18									
COMP. FRASES Y TEXTOS.....	0	1	2	3	5	6	7				8									
COMP. FRASES Y TEXTOS T.....	0	1	3	4	5	15	17	18	20	21	22	23	24							
MECÁNICA DE LA ESCRITURA.....	0	1	2	3	4						5									
DICTADO LOGATOMOS.....	0	2	3	4	5						6									
DICTADO LOGATOMOS T.....	0	2	4	8	10	11	12	13	15	16	17	18								
DENOMINACIÓN ESCRITA.....	0	2	3	4	5						6									
DENOMINACIÓN ESCRITA T.....	0	3	6	8	15	16					18									
GESTO SIMBÓLICO ORDEN DERECHA.....	0	2	4	8	9						10									
GESTO SIMBÓLICO ORDEN IZQUIERDA.....	0	2	4	8	9						10									
GESTO SIMBÓLICO IMITAC. DERECHA.....	0	2	4	6	9						10									
GESTO SIMBÓLICO IMITAC. IZQUIERDA.....	0	2	4	6	9						10									
IMITACIÓN POSTURAS BILAT.....	0	1	3	5	6	7					8									
SECUENCIA DE POSTURAS DERECHA.....	0	1	2	3	4	6	7				8									
SECUENCIA DE POSTURAS IZQUIERDA.....	0	1	2	3	4	6	7				8									
PRAXIS CONST. COPIA.....	0	2	4	7	9	10	12		13	15	16	17	18							
PRAXIS CONST. COPIA T.....	0	3	10	18	20	21	25	28	29	30	31	32	34	35	32	36				
IMÁGENES SUPERPUESTAS.....	0	6	9	12	15	16	19								20					
IMÁG. SUPERPUESTAS T.....	0	5	10	20	25	26	29	30	32	33	34				35					
MEMORIA TEXTOS.....	0	2	4	6	8	9	11	12	13	15		16	19	23						
MEMORIA TEXTOS PREG.....	0	2	3	6	9	10	14	15	16	17	18	19	20	21	23					
MEMORIA TEXTOS DIFERIDA.....	0	3	4	5	6	7	9	10		12	14	15	17	18	23					
MEMORIA TEXTOS DIF. PREG.....	0	2	3	6	9	10	12	13	15	16	17	18	19	20	21	23				
MEMORIA VIS. REPRODUCCIÓN.....	0	2	3	4	5	6	9	10		11	12	13	14	15	16					
PROBLEMAS ARITMÉTICOS.....	0		1	2	4			5	6	7	8				10					
PROBLEM ARITMÉTICOS T.....	0	1	2	3	4	6	8	9	10	12		15	18	20						
SEMEJANZAS-ABSTRACCIÓN.....	0	1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12						
CLAVE DE NÚMEROS.....	0	1	2	4	9	10	14	16	17	18	23	24	27	30	35	→				
CUBOS.....	0		1	2	3	4					5				6					
CUBOS T.....	0	1	2	3	4	5	8	9	10	11	13				15					
SUBPRUEBAS.	Percentiles										10	20	30	40	50	60	70	80	90	95

Tabla 5. Perfil clínico afásico PIEN – Caso CN

	1ª evaluación		2ª evaluación	
	Percentil	Interpretación	Percentil	Interpretación
Conversación-narración	50	Moderado	50	Moderado
Narración temática	40	Moderado	40	Moderado
Descripción	35	Grave	45	Moderado
Fluencia y gramática	40	Moderado	40	Moderado
Contenido informativo	55	Moderado	55	Moderado
Ritmo	35	Grave	35	Grave
Melodía	45	Moderado	45	Moderado
Series en orden directo	95	Discreto	95	Discreto
Series en orden directo T	75	Discreto	95	Discreto
Series en orden inverso	60	Moderado	60	Moderado
Series en orden inverso T	60	Moderado	60	Moderado
Praxis orofonatoria	95	Discreto	95	Discreto
Repetición de sílabas	95	Discreto	95	Discreto
Repetición de pares de sílabas	55	Moderado	75	Discreto
Repetición de logotomos	70	Moderado	95	Discreto
Repetición de palabras de pares mínimos	90	Discreto	95	Discreto
Repetición de palabras	95	Discreto	95	Discreto
Repetición de frases	60	Moderado	65	Moderado
Denominación de imágenes	95	Discreto	95	Discreto
Denominación de imágenes T	70	Moderado	90	Discreto
Denominación de objetos	95	Discreto	95	Discreto
Denominación de objetos T	65	Moderado	60	Moderado
Respuesta denominando	95	Discreto	95	Discreto
Respuesta denominando T	55	Moderado	60	Moderado
Completamiento denominando	95	Discreto	95	Discreto
Completamiento denominando T	50	Moderado	95	Discreto
Evocación categorial de animales	35	Grave	55	Moderado
Evocación categorial con «p» (3 min)	50	Moderado	50	Moderado
Comprensión de palabras (señalar)	95	Discreto	95	Discreto
Comprensión de palabras T	55	Moderado	95	Discreto
Comprensión de ejecución de órdenes	55	Moderado	55	Moderado
Material verbal complejo	80	Discreto	30	Grave
Material verbal complejo T	45	Moderado	40	Moderado
Lectura de letras	25	Grave	25	Grave
Lectura de letras T	25	Grave	25	Grave
Lectura de números	40	Moderado	40	Moderado
Lectura de números T	35	Grave	35	Grave
Lectura de logotomos	40	Moderado	50	Moderado
Lectura de logotomos T	40	Moderado	50	Moderado
Lectura de palabras	60	Moderado	95	Discreto
Lectura de palabras T	60	Moderado	95	Discreto
Lectura de texto	45	Moderado	60	Moderado
Comprensión de palabra-imagen	95	Discreto	95	Discreto
Comprensión de palabra-imagen T	95	Discreto	95	Discreto
Comprensión de letras	50	Moderado	50	Moderado
Comprensión de letras T	40	Moderado	45	Moderado
Comprensión de palabras	50	Moderado	50	Moderado
Comprensión de palabras T	55	Moderado	55	Moderado
Comprensión de logotomos	50	Moderado	50	Moderado
Comprensión de logotomos T	55	Moderado	55	Moderado
Comprensión de órdenes escritas	55	Moderado	55	Moderado
Comprensión de frases y textos	40	Moderado	50	Moderado
Comprensión de frases y textos T	45	Moderado	50	Moderado
Mecánica de la escritura (mano derecha)	55	Moderado	55	Moderado
Dictado de letras	30	Grave	50	Moderado
Dictado de letras T	35	Grave	60	Moderado
Dictado de números	35	Grave	35	Grave
Dictado de números T	45	Moderado	45	Moderado
Dictado de logotomos	45	Moderado	45	Moderado
Dictado de logotomos T	50	Moderado	50	Moderado
Dictado de palabras	35	Grave	35	Grave
Dictado de palabras T	40	Moderado	40	Moderado
Dictado de frases	45	Moderado	45	Moderado
Denominación escrita	40	Moderado	40	Moderado
Denominación escrita T	45	Moderado	45	Moderado
Escritura narrativa	55	Moderado	55	Moderado

Nota. Las puntuaciones que mostraron mejoría se encuentran resaltadas.

Lenguaje

Comprensión: para ambos momentos de evaluación se identifica que el paciente logra reconocer e identificar los fonemas del lenguaje, comprende el significado de las palabras, de estructuras gramaticales simples. En la revaloración no hubo una notable mejoría en la necesidad de la repetición de las consignas, así como de su tiempo de reacción. Se estima que el sentido profundo del lenguaje se encuentra alterado, en ambas evaluaciones.

Expresión: el paciente puede expresarse de manera corta, con palabras aisladas, no puede pasar de una palabra a otra con facilidad (base cinética). La repetición de palabras fue exitosa en ambas evaluaciones, En repetición de pares de sílabas y pseudopalabras el paciente obtuvo puntajes de desempeño moderado en el perfil afásico en la primera evaluación, mientras que en la segunda valoración esto evolucionó a discreto. En cuanto a la denominación, se reporta un buen desempeño ambas evaluaciones, empero tubo mejor tiempo de respuesta en la revaloración, pues en la primera hubo mayor tiempo latencia y anomias. El dialogo y monologo aun presentan dificultades pues no hay una adecuada fluidez, sin embargo, en la segunda valoración se aprecia un mayor contenido informativo.

Escritura: ya no quedan secuelas notorias de la hemiparesia derecha, el Sr. CN escribe con la mano derecha, su escritura en términos mecánicos y de estética son adecuados, hallazgos encontrados en ambas evaluaciones. La escritura de letras, así como el tiempo de ejecución mejoraron en la segunda evaluación, paso de escribir únicamente dos letras a cinco. Sin embargo, la escritura de palabras y frases al dictado, así como espontánea se reportan graves en ambas evaluaciones.

Lectura: el paciente fue capaz de reconocer letras y palabras en tareas de lectura en silencio (identificar la letra o palabra entre distractores) pero únicamente identificó tres logogramas en la subprueba en ambas evaluaciones, lo que significa que el paciente está leyendo de manera global y no a través de la conversión fonema-grafema. De igual modo, la lectura en voz alta es de manera superficial, lo que da lugar a paralexias literales, omisiones y lenificación y prosodia inadecuada, sin cambios significativos en la segunda valoración.

Gnosias

En la segunda valoración se confirmó la conservación de la percepción visual de objetos, dibujos, rostros, colores y partes del cuerpo, así como la percepción auditiva de estímulos no verbales. La percepción táctil básica parece conservada, así como la percepción de coordenadas visuoespaciales.

Praxias

No hubo cambios en la segunda valoración en este proceso. Se reporta una conservación de la motricidad gruesa y fina. El paciente pudo realizar con éxito ejercicios que implican la base cinestésica, es decir posturas con una y dos manos. En cuanto a la secuencia de movimientos, no pudo realizar el patrón adecuadamente, hubo perseveraciones. La realización de gestos simbólicos tanto a la orden, como a la copia se llevó a cabo con éxito. Se reporta en las praxias constructivas y constructivo-gráficas un desempeño medio.

Atención

Hay presencia de reflejo de orientación ante estímulos inesperados que forman parte de la atención involuntaria. En cuanto a la atención voluntaria, en ambas evaluaciones, se reporta un buen desempeño en la focalidad, pues identificó un estímulo entre varios, prestó atención y detalles en general. El span atencional o volumen fueron de desempeño mínimo, influenciado por el lenguaje. Mantuvo la atención durante el tiempo requerido. Fue capaz de inhibir distractores externos como internos. Se reporta un desempeño deficitario en la subprueba de claves de números, es decir que no tuvo la capacidad de trasladar la atención entre dos estímulos, habilidad de enganche y desenganche no está conservada. Por otro lado, el paciente atiende a todo el campo visuo-espacial.

Memoria

En la memoria a largo plazo se aprecia conservación de la orientación en persona debido a que logra proporcionar datos demográficos. El conocimiento semántico es adecuado.

En cuanto a la memoria a largo plazo, en la modalidad audio-verbal es inconveniente su evaluación dadas las complicaciones de la patología del lenguaje, de manera exploratoria al hacerle las preguntas de los textos el paciente logra dar los datos más básicos de estas y se reporta la conservación de la información en la memoria diferida. Por otro lado, en la memoria a corto plazo en su modalidad visual, se reporta un desempeño deficitario en la realización de reproducción diferida, sin embargo, esto tiene relación con el perfil de afasia motora eferente, pues ubo perseveraciones y omisiones. En cambio, se reporta un desempeño medio en la

subprueba de memoria visual de elección inmediata, ya que se situó en los percentiles 40 y 70 en la primera y segunda evaluación respectivamente.

Cálculo

Se reporta la conservación en ambas evaluaciones de la conciencia del concepto de número, únicamente puede leer y escribir correctamente números de uno y dos dígitos, con dificultad. En cuanto a la realización de cálculo mental este se encuentra alterado, en ambas evaluaciones el paciente pudo realizar sólo sumas sencillas, en el cálculo escrito a pesar de la ayuda al presentarle los números ya escritos, no hubo una noción para la solución de las cuentas.

Funciones ejecutivas

Se reporta de manera clínica una disminución considerable de las funciones ejecutivas afectadas colateralmente por la implicación del lenguaje, los tiempos de reacción fueron prolongados, no se apreció una aparente planeación en la resolución de problemas, no hay un monitoreo de su actividad.

Resultados de la Escala de Alcance de Metas – GAS

Caso GR

En el caso del Sr. GR se estableció una Escala de Alcance de Metas con cuatro metas que incluían el control emocional, la realización de pequeñas compras, la expresión de necesidades complejas a su familia, relacionadas a cuestiones de su trabajo en el campo o visitar a un

familiar, por ejemplo, y escribir correctamente. En la tabla 6 se muestra en sombreado amarillo la línea base y en sombreado rosa el resultado post intervención, así como la importancia y dificultad establecidas para cada meta. En la tabla 8 y figura 3 se muestra la puntuación obtenida en la escala pre y post intervención, así como el cambio logrado establecido cuantitativamente. El cambio logrado en este caso fue de 20.9 puntos en la escala GAS.

Tabla 6. Escala de Alcance de Metas pre y post intervención del paciente GR

Metas	-2 algo peor	-1 Línea base	0 algo mejor	+1 mucho mejor	Peso	
					Importancia	Dificultad
Control emocional	Sentimientos de frustración la mayor parte del día	Se muestra frustrado al no poder expresarse. Ocurre en promedio 4 veces al día.	Mayor control de la frustración. Presencia de frustración de 2 a 3 veces al día.	Control de la frustración. Presencia de frustración de 0 a 1 vez por día	3	2
Realizar pequeñas compras		No compra nada solo	Pedir lo que quiera en la tienda – establecimiento	Pedir y pagar	3	3
Expresar necesidades complejas a su familia	Expresar menos del 50% de sus necesidades	Expresa el 50% de sus necesidades	Expresar más del 50% de sus necesidades	Expresar el 100% de sus necesidades	3	3
Escribir correctamente	No escribir correctamente ni siquiera letras	No escribe correctamente palabras, solo algunas letras	Escribir correctamente su nombre y algunas palabras	Escribir oraciones	3	3

Caso 2. CN

En la Escala de Alcance de Metas del Sr. CN también se establecieron cuatro metas que incluían la realización de pequeñas compras, hablar con sus hijas por teléfono, expresar necesidades en casa y control emocional. En la tabla 7 se muestra en sombreado amarillo la línea base y en sombreado rosa el resultado post intervención, así como la importancia y dificultad establecidas para cada meta. En la tabla 8 y figura 4 se muestra la puntuación obtenida en la escala pre y post intervención, así como el cambio logrado establecido cuantitativamente. El cambio logrado en este caso fue de 22 puntos en la escala GAS.

Tabla 7. Escala de Alcance de Metas pre y post intervención del paciente GR

Metas	-2 algo peor	-1 Línea base	0 algo mejor	+1 mucho mejor	Peso	
					Importancia	Dificultad
Realizar pequeñas compras		No compra nada por sí solo	Pedir lo que quiere en la tienda	Pedir y pagar en la tienda	2	3
Hablar con sus hijas por teléfono	Sólo saludar a sus hijas	Contesta si, no o palabras aisladas al hablar con sus hijas por teléfono	Contestar frases cortas a preguntas que le realicen sus hijas	Establecer una conversación con sus hijas (a pesar de algunas limitaciones)	3	3
Expresar necesidades en casa (prender el boiler, querer comer)	Solo señalar su necesidad	Utiliza sólo palabras aisladas que indican su necesidad (ejemplo: “agua” para prender el boiler)	Decir una frase completa que exprese su necesidad con ayuda de leer tarjetas pegadas	Decir una frase completa que exprese su necesidad sin ayudas	3	3
Control emocional	Actitud pesimista y enojo que lo dominen la mayor parte del día	Se muestra excesivamente enojado y frustrado al no poder expresarse y actitud pesimista frecuentemente. Actitudes presentes más de dos veces al día	Mayor tolerancia a la frustración al no poder comunicarse inmediatamente y disminución de actitud pesimista. Actitudes presentes menos de dos veces al día	Control emocional la mayor parte del día	3	2

Tabla 8. Resultados cuantitativos de la escala GAS pre y post intervención y cuantificación del cambio.

	Caso 1 GR	Caso 2 CN
GAS Línea base	56.9	60
GAS Nivel alcanzado	35.6	38
Cambio	20.9	22

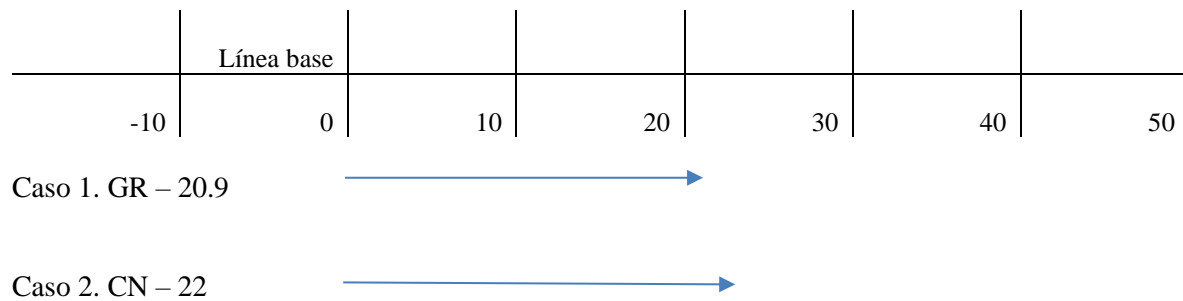


Figura 3. Ilustración gráfica del cambio logrado en ambos casos

Resultados de la intervención grupal para familiares de personas con afasias expresivas

A continuación, se describe los resultados de las pruebas aplicadas y observaciones clínicas de los familiares de cada paciente.

Familiar del Caso GR

La señora JG esposa del paciente GR, de 62 años, con 6 años de escolaridad, dedicada al hogar y a algunas labores del campo, externó al inicio del programa que no tenía claros los motivos del padecimiento de su esposo, no había comprendido la explicación de los doctores en su momento y no tenía idea de cómo ayudar a su esposo, por lo que confesaba gran incertidumbre por el futuro. Durante las sesiones, la Sra. JG fue muy participativa, externaba dudas sobre los temas expuestos y de su situación, presentando ejemplos para ilustrar.

Al finalizar el programa de intervención se aprecia en los resultados de las pruebas de ansiedad y depresión (tabla 9), que no hubo mejoría, sin embargo, clínicamente se pudo observar

que la Sra. JG tenía mayor conocimiento de los temas impartidos (figura 4), ella externó que aún le preocupaba el futuro de ella y su esposo, sin embargo, esto con relación a sus edades más que por el padecimiento de su esposo, pues ya no pueden trabajar como antes lo hacían.

Tabla 9. Resultados pre y post intervención familiar, caso GR

Instrumento	Aspecto evaluado	Puntuación	
		Inicial	Final
IDARE	Ansiedad	Estado: 36 ansiedad media	Estado: 35 ansiedad media
		Rasgo: 41 ansiedad media	Rasgo: 41 ansiedad media
Beck	Depresión	18 depresión moderada	17 depresión moderada

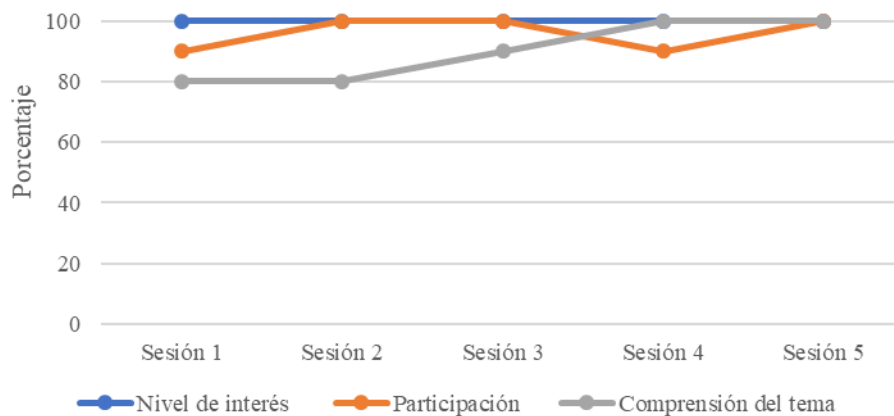


Figura 4. Resultados por sesión de familiar de Caso GR

Familiar del Caso CN

La señora YC de 66 años, esposa del paciente CN, cuenta con 17 años de escolaridad, actualmente se dedica a las labores del hogar. Al principio del programa de intervención externó que a pesar de que su esposo ya había recibido terapia de lenguaje, ella no había recibido capacitación alguna, sin embargo, ella misma ideó tácticas de comunicación para aplicar con su

esposo, en cuanto al tema de afasias, conocía lo esencial. Durante las sesiones se notaron sus conocimientos previos, por lo que se permitía apoyar a la Sra. JG, con más ejemplos desde su experiencia.

Al finalizar el programa de intervención la Sra. YC externó que los temas a abordados en cada sesión complementaron la información que ella conocía, sintiendo mayor certidumbre de cómo manejar su situación y la de su esposo (figura 5). En cuanto a los resultados de las pruebas aplicadas se puede apreciar que la Sra. YC (tabla 10), no padecía de depresión y que este estado se mantuvo, y en cuanto a la ansiedad por estado no hubo variación alguna y por rasgo se reporta una disminución de moderada a baja.

Tabla 10. Resultados pre y post intervención familiar, caso CN

Instrumento	Aspecto evaluado	Puntuación	
		Inicial	Final
IDARE	Ansiedad	Estado: 27 ansiedad baja Rasgo: 31 ansiedad moderada	Estado: 25 ansiedad baja Rasgo: 27 ansiedad baja
Beck	Depresión	8 sin depresión	5 sin depresión

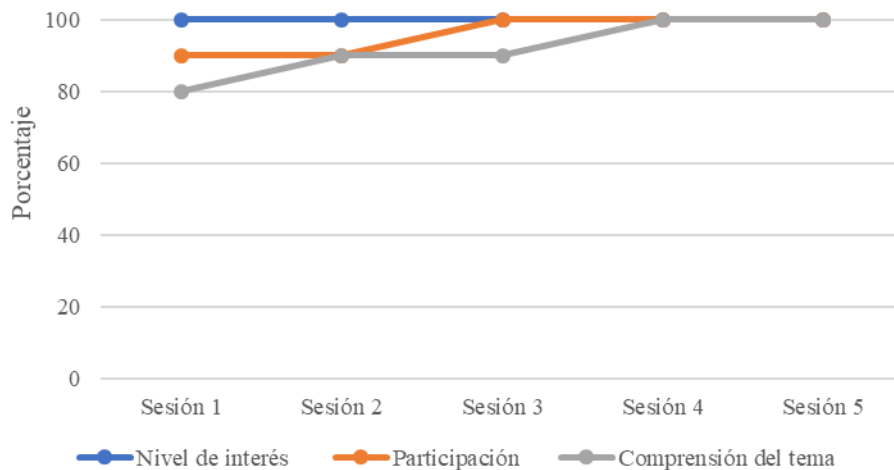


Figura 5. Resultados por sesión de familiar de Caso CN

5 Discusión y conclusiones

El objetivo principal de este estudio se cumplió al diseñar e implementar un programa de intervención neuropsicológica para pacientes con afasias expresivas y sus familiares. Así mismo, se cumplieron los objetivos específicos, ya que al finalizar la aplicación del programa de intervención este fue evaluado para reportar los efectos que generó sobre el lenguaje y el alcance individual de metas de los pacientes con afasias expresivas y sus familiares, esto con base en tres medidas: evaluación neuropsicológica, la Escala de Alcance de Metas - GAS y a través de la “Escala de evaluación de la participación en sesiones grupales para familiares de personas con afasias expresivas”, la cual fue elaborada específicamente para esta investigación.

Así mismo se confirma el cumplimiento de la hipótesis de investigación, ya que la implementación del programa de intervención neuropsicológica para pacientes con afasias expresivas y sus familiares tuvo efectos positivos sobre el lenguaje y el alcance individual de metas, rechazando así la hipótesis nula.

Los análisis de los resultados de las evaluaciones pre y post intervención indicaron que los participantes tuvieron mejoras en los componentes del lenguaje, así como en algunos aspectos de otros procesos cognoscitivos. En la exploración neuropsicológica se reporta que el paciente RG tuvo una mejora en la expresión de sus pensamientos y sobre todo en la escritura, y en el caso del paciente CN hubo pequeños avances en su desempeño, pero sobre todo en las metas propuestas de la escala GAS que se abordan mas adelante. Cabe mencionar que los pacientes continúan recibiendo sesiones de rehabilitación neuropsicológica que abordan el lenguaje y los demás procesos alterados, esto como parte de los servicios del área de neuropsicología del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi).

En cuanto a los resultados de la Escala de Alcance de Metas – GAS se presumen resultados satisfactorios. En el caso de paciente RG se contemplaron cuatro metas que implicaban: A) control emocional, ya que el paciente antes de iniciar el programa no entendía su padecimiento y se frustraba recurrentemente a lo largo del día al no poder expresarse, por tanto, al brindarle estrategias para expresarse y explicarle su padecimiento, los episodios de frustración disminuyeron considerablemente. B) la realización de pequeñas compras; el paciente habitualmente realizaba las compras de comestibles y otros, esto se vio imposibilitado por un tiempo ya que no se sentía con seguridad de hacerlo, por lo que se personalizaron sesiones para entrenar este aspecto, lo que resultó la reanudación de sus compras habituales a pesar de seguir teniendo algunas dificultades al expresarse. C) la expresión de necesidades complejas a su familia, por ejemplo, expresar el deseo de ir a la ciudad para comprar químicos para sus cultivos, esta meta era la más complicada por las implicaciones de la patología, sin embargo, con la ayuda de las sesiones de rehabilitación, así como del entrenamiento del familiar para una mejor comunicación con el paciente, finalmente se logró mejorar un poco este aspecto. D) escribir correctamente, en este apartado se alcanzó la meta esperada de por lo menos escurrir su nombre y algunas palabras de dos sílabas.

En el caso del paciente CN se establecieron cuatro metas que incluían: A) la realización de pequeñas compras, el paciente y su esposa estaban interesados en que él pudiera realizar pequeñas compras, por ejemplo, la compra de alguna golosina durante los paseos que toma por las tardes, ambos consideraban que esto pudiera ser un estímulo de recreación e independencia, afortunadamente se logró el objetivo. B) hablar con sus hijas por teléfono, esta meta resultaba muy importante para los implicados ya que las hijas del paciente viven en el extranjero, por lo que hablar por teléfono es la base de su interacción y el Sr. CN se limitaba a contestar con

afirmaciones y negaciones a lo que le pudieran preguntar ellas, pero al mes de la implementación del programa de intervención neuropsicológica el paciente empezó a interactuar con sus hijas de manera más participativa, ahora intenta, a pesar de sus limitaciones, a contarles cuestiones que le acontecen en su día y a preguntarles por asuntos de ellas. B) expresar necesidades en casa, esta meta consistía en impulsar a que el paciente hiciera el esfuerzo de comunicarse, ya que, por sus limitaciones, empezó a acostumbrarse a solo señalar lo que quería, lo que implicaba un esfuerzo extra para la esposa; con ayuda de las sesiones y de tácticas como pegar papeles con consignas en su casa, el paciente ha logrado cumplir esta meta. C) control emocional, el paciente presentaba episodios de frustración y enojo a lo largo del día a causa de no poder expresar lo que deseaba, lo cual fue mejorando a lo largo de la implementación del programa notablemente.

En las sesiones grupales con los pacientes, sus interacciones fueron ascendiendo a lo largo de estas, se apoyaban mutuamente y al inicio o final de estas interactuaban en conversaciones personales, lo que supone un crecimiento en su sentido de conexión social, una red de apoyo y por consecuencia mejor estado de ánimo. Las observaciones reportadas concuerdan con las investigaciones existentes que trabajan con sesiones grupales (Nykänen et al., 2013; Tsvetkova, 1977).

En las sesiones con los familiares de pacientes con afasia, se reportan buenos resultados con base a la “Escala de evaluación de la participación en sesiones grupales para familiares de personas con afasias expresivas” así como lo observado clínicamente. La Sra. JG esposa del paciente GR empezó el programa con muchas dudas y miedo por el futuro que les esperaba, lo que, al finalizar el este, la Sr. JG adquirió conocimientos del padecimiento, mismos que pudo compartir con sus hijos y pedir mas apoyo por parte de ellos para su situación.

En el caso de la Sr. YC esposa del paciente CN, la intervención grupal le implicó un apoyo emocional, pues a pesar de que ella ya contaba con conocimientos básicos del padecimiento de su esposo, así como de estrategias para una mejor convivencia con él, externó que no había podido compartir sus experiencias emocionales con alguien que pudiera estar viviendo algo similar, también afirmó que al tener a sus hijas lejos y dedicarse al cuidado de su esposo, sus interacciones sociales y pasatiempos disminuyeron considerablemente. Además de tomar medidas en su estilo de vida personal y de su esposo tras la sesión del programa que abordaba los factores de riesgo de las enfermedades vasculares cerebrales.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, uno de los principales es el tiempo de intervención pues lo sugerido por la literatura (Berthier, et al. 2014), es que hay mayores resultados si se tiene una intervención intensiva. Sin embargo, el programa se pensó para la dinámica de atención que se puede brindar en el servicio de neuropsicología del CITPsi. Otra limitación, fue el reclutamiento de pacientes que cumplieran los criterios de inclusión, si bien, existen reportes de un gran número de personas que sufren de enfermedades vasculares cerebrales en el mundo y en nuestro país (WSO, 2019; OMS, 2014; Ramírez-Alvarado y Téllez-Alanís, 2016), no se tienen conocimientos precisos de qué ocurre con ellos después de su egreso del hospital, las razones pueden ser varias, una de ellas es que no hay una cultura de atención neuropsicológica, los pacientes que tienen secuelas motoras asisten a terapia física pero los pacientes que sufren de secuelas en el lenguaje, la mayoría de las veces no saben dónde acudir por ayuda, algunos buscan atención en servicios de comunicación humana, y son los menos los que tienen conocimiento que la atención neuropsicológica. Lo anterior es en base a la experiencia de hablar con pacientes, doctores y centros de servicio en la etapa de captación de pacientes.

En futuras investigaciones se podría trabajar con un tiempo de intervención mayor, así como un número más extenso de participantes e incluso de familiares ya que, aunque regularmente es sólo un familiar del paciente quien asume la responsabilidad de cuidador principal/responsable, la información que se puede aprender en este tipo de grupos de psicoeducación podría sensibilizar a demás miembros de la familia, lo que permitiría una mayor comprensión del padecimiento, involucramiento en las actividades propias del paciente y por lo tanto mayor apoyo en la familia para el bienestar de todos.

Se concluye que las intervenciones en personas con afasias no deben enfocarse únicamente en el restablecimiento del proceso alterado, en este caso el lenguaje, sino en la búsqueda de una mejor calidad de vida después del baño cerebral, que implique todas las esferas del paciente. Profesional, paciente y familiar pueden y deben trabajar en conjunto para determinar metas que sean orgánicas, útiles y motivadoras para los implicados.

6 Referencias

- Adams, H., Bendixen, B., Kappelle, L., Biller, J., Love, B., Gordon, D., et al. (1993). Classification of subtype of acute ischemic stroke: Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*. 24 (1), 35-41.
- Arboix, A, Rubio F. (2004). ¿Qué es el ictus? clasificación y tipos etiológicos. En: Díez-Tejedor E. Ictus una cadena asistencial. Barcelona: Mayo ediciones.
- Ardila, A. (2005). *Las afasias*. México: Universidad de Guadalajara.
- Ardila, A. y Rosselli M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual moderno.

- Arango J. y Parra, M. (2008) Revista Neuropsicología, *Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 8 (1). 159-178
- Akhutina, T. (1967). Mechanism of Speech Production Based on the Study of Aphasia. English translation 2003. M.E. Sharpe, Inc., from the Russian text, “Mekhanizm porozhdeniia rechi po dannym afaziologii,” in *Voprosy porozhdeniia rechi i obucheniia iaziku* [Issues of Speech Production and the Teaching of Languages. Ed. A.A. Leontiev and T.V. Ryabova [Akhutina] (Moscow: Moskovskii Gosudarstvennyi Universitet, 1967), pp. 76–94.
- Berthier, M., Green, H., Juárez, R., Lara, J. y Pulvevermüller. F. (2014). REGIA. Rehabilitación Grupal intensiva de la Afasia. Madrid: TEA Ediciones.
- Cantú – Brito, C., Mimenza Alvarado, A., Sánchez – Hernández, J. (2010). Diabetes mellitus en envejecimiento como factor de riesgo de enfermedad vascular cerebral: epidemiología, fisiopatología y prevención.
- Cantú- Brito, C., Ruíz – Sandoval, J., Chiqueto, E., Arauz, A., León – Jiménez, A., et all. (2011). Factores de riesgo, causas y pronóstico de los tipos de enfermedad vascular cerebral en México: estudio RENAMEVAS. *Revista mexicana de neurociencia*.12 (5). 224-234.
- Carballo-García, V., Arroyo-Arroyoa, M.R., Portero-Díaz M. y Ruiz-Sánchez de León, J. M. (2013). Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*. 28(3). 160-168.
- Chiquete, E., Ruíz- Sandoval J., Mirilla- Bonilla L., Arauz, A., Villarreal- Carraca, J., et all. (2012). Egresos por enfermedad vascular cerebral aguda en Instituciones Públicas del sector salud de México: un análisis de 5.3 millones de hospitalizaciones en 2010. *Revista mexicana de neuropsiencias*. 13 (5). 252- 258.
- Damasio, H. (1998). Neuroanatomical Correlates of the Aphasia. Taylor, M. *Acquired Aphasia*. New York: Academic Press. 25- 40.

- Feigin, V. (2016). Primary stroke prevention needs overhaul. *International Journal of Stroke* 2017. 12(1) 5–6. doi: 10.1177/1747493016669850
- González, P. y González, B. (2012). *Afasis, de la teoría a la práctica*. México: Panamericana.
- Goodglass, H., Kaplan, E. y Berresi, B. (2005). *Test de Boston para el diagnóstico de la afasia*. México: Panamericana.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGRAW-HILL. 78-89.
- Hernández, A. y Magallón, R. (2014). Modelos de intervención comunitaria. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Instituto Nacional de Geriátría. *Manual para personal de primer nivel de atención*. 245-263.
- Laska, A., C., Hellblom, A., Murray, V., Kahan, T., Von Abin, M. (2001). Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *Journal of International Medicine*. 249 (5). 413-422.
- Lawton, P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186.
- Luria, A. R. (1974). *Cerebro y lenguaje. La afasia traumática: síndromes, exploraciones y tratamiento*. España: Industria Gráfica Ferrer Coll, S. A.
- Luria, A. R. (1986). La alteración de las funciones corticales superiores en presencia de lesiones en los sectores del cerebro. *Las funciones corticales superiores del hombre*. México, 2005: distribuciones fortanara. 201- 258.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State medical journal*, 14, 61-65.
- McDermott, O., Orgeta, V., Ridder, H. & Orrell, M. (2014). A preliminary psychometric evaluation of Music in Dementia. *International Psychogeriatrics*. 26:6, 1011–1019. doi:10.1017/S1041610214000180

- Nykänen, A., Nyrkkö, H., Nykänen, M., Brunou, R., & Rautakoski, P. (2013). Communication therapy for people with aphasia and their partners (APPUTE). *Aphasiology*. 27(10), 1159–1179. doi:10.1080/02687038.2013.802284
- O'Donnell, M., Chin, S., Rangarajan, S., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., Yusuf, S. et al. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The Lancet*, 388(10046), 761–775. doi:10.1016/s0140-6736(16)30506-2
- Organización mundial de la Salud (OMS). (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014.
- Organización mundial de la Salud (OMS). (2016). <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/es/>
- Organización mundial de la Salud (OMS). (2019). Disponible en https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Pedersen, P. M., Vinter, K. & Olsen T. S. (2004) Aphasia after Stroke: Type, Severity and Prognosis. *Karger*. (17). 35–43. doi: 10.1159/000073896
- Pedroza, F., Galán, S., Martínez, K., Oropeza, R. y Ayala H. (2002). Evaluación de Cambio clínico en la intervención Psicológica. *Revista mexicana de psicología*.
- Peña- Casanova, J. y Perez-Pames M. (1994). *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*. Barcelona: MASSON.
- Ramírez-Alvarado, G. y Téllez-Alanís, B. (2016). Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en México: Ausencia de registro de las secuelas cognitivas. *Revista Mexicana de Neurociencias*. (2). 59-70.
- Rautakoski, P. (2013). Communication style before and after aphasia: A study among Finnish population. *Aphasiology*. 28(3), 359–376. doi:10.1080/02687038.2013.866211

- Rayo, A. C., Olazo, O. M., Hénandez, G. L., Ocaña, R. J., Barrientos, V. R., & et. all. (2008). Epidemiology of cerebrovascular disease in Mexico city hospitals. Multicentric study. *ReserchGate*, 98-103.
- Rivera, J. y Gallardo, C. (2005). *Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud. Claves de un nuevo modelo socio-sanitario*. Barcelona: Plaza y Valdés.
- Ruiz – Sandoval J., León-Jiménez, C., Chiquete – Anaya, E., Sosa-Hernández, J., Espinosa-Casillas C. et al. (2010). Estilo de vida y prevención primaria y secundaria de enfermedad vascular cerebral. *Revista de investigación clínica*. 62(2). 181 -191.
- Jorge Villarreal, Sociedad Mexicana de Psicología, (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Sistema Nacional de Información en Salud. Boletín de información estadística 2014-2015. México: DGIS, SINAIS. Disponible en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/estandar_gobmx.html
- Sohlberg, M. & Mateer, C. (2001). *Cognitive rehabilitation. An Integrative neuropsychological approach*. New York: The Guilford Press.
- Spielberger, C., Díaz Guerrero R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado, IDARE*. México: Manual Moderno.
- Tesvetkova, L. S. (1970). Hacia una teoría de la enseñanza rehabilitatoria. *Pedagogía soviética*. 64-73.
- Tesvetkova, L. S. (1977). *Reeducación del lenguaje, la lectura y la escritura*. Barcelona: Fontamara.

- Torres-Arreola, L., Valenzuela-Flores, A., Villa-Barragán, J. (2018) Caracterización de los pacientes con EVC atendidos en hospitales del IMSS en la Ciudad de México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 56(1):18-25.
- Turner – Stokers, L. (2009) Goal Attainment Scaling (GAS) in Reahabilitation Guide. *Clin Rehabil*, 23, 362-370.
- Vendrell, J. M. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revista de Neurología.* 32(10), 980–986.
- Villa, M. A., Navarro M.E., Villaseñor, T.J (2017). Neuropsicología clínica Hospitalaria. México: Manual Moderno.
- Villa, M. (1995). Adaptaciones del Test Barcelona para su aplicación en México. Tesis de Maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios de Superiores de Zaragoza.
- Villanueva, J. (2004). Enfermedad vascular cerebral: factores de riesgo y prevención secundaria. *Anales de Medicina Interna.* Madrid. 21: 159-160.
- Sohlberg, M. & Mateer, C. (2001). Cognitive Rehabilitation. An Integrative Neuropsychological Approach. New York: The Guilford Press.
- Starkstein S. y Robinson R. (1988). *Aphasia and depression.* 2 (1), 1-19. DOI: 10.1080 / 02687038808248883
- World Stroke Organization (WSO). (2019). Disponible en <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters/stroke-prevention>

7 Anexos

Anexo 1. Carta de consentimiento informado para pacientes

“Programa de intervención neuropsicológica en pacientes con afasias expresivas de etiología vascular y sus familiares”

Este documento se dirige a personas que padezcan afasia expresiva (afasia aferente, eferente y dinámica), a quienes se les invita a participar en la investigación a cargo de la Psic. Laura Leticia Rodríguez Chavarría, estudiante de la maestría en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

El documento que leerá a continuación describe el objetivo y las características que cubre el proyecto de intervención al que se les ha invitado como participantes a usted y su familiar (cuidador primario), es importante que lo lea detenidamente para garantizar su comprensión, en caso de que sea necesario, puede realizar las preguntas que requiera para comprender de mejor manera el objetivo de este estudio.

Objetivo: Diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención neuropsicológica para pacientes con afasias expresivas y apoyo a familiares.

Procedimiento:

1. La intervención consistirá en tres estrategias: a) sesiones individuales con el paciente, llevadas a cabo semanalmente con duración de una hora, b) sesiones grupales con pacientes con afasias expresivas, se realizarán cada dos semanas con duración de una hora, c) sesiones de psicoeducación con los familiares (cuidadores primarios) de los pacientes con afasia, a realizarse cada dos semanas con una duración de una hora.

2. Al finalizar el plan de intervención, se aplicará nuevamente pruebas neuropsicológicas para posteriormente compararlas con la primera evaluación.

Todas las actividades se realizarán en el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) ubicado en Pico de Orizaba No. 1, Col. Volcanes en Cuernavaca Mor.

Su participación y el de su familiar serán gratuitos y tampoco recibirán ningún pago por ello.

El presente estudio es para evaluar los resultados de una intervención de rehabilitación del lenguaje y mejora en la calidad de vida tanto de los pacientes con afasia como de sus familiares, por lo que la finalidad de saber si las acciones que se lleven a cabo dentro del programa pueden contribuir a ello. Usted puede decidir participar o no. Una vez iniciado el programa sí usted considera que el procedimiento no es de su satisfacción se encuentra en total libertad de abandonarlo.

Los datos obtenidos en esta investigación serán manejados confidencialmente (no se revelarán sus identidades) y debe saber que se difundirán de esta forma en eventos o publicaciones de tipo científico. En caso de dudas o aclaraciones te puedes dirigir con:

Tutora del proyecto: Dra. Adela Hernández Galván
Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología
Cubículo 1 del área de investigadores
Tel. 777329 79 70 Ext. 3752
adela.hernandez.g@gmail.com
Investigadora responsable: Psic. Laura Leticia Rodríguez Chavarría
lroquezh@gmail.com

Yo _____ manifiesto mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación: “Programa de intervención neuropsicológica en pacientes con afasias expresivas de etiología vascular y sus familiares”, a cargo de la Psic. Laura Leticia Rodríguez Chavarría, en virtud de que he leído y comprendo la información proporcionada en este documento, y mis dudas han sido resueltas. He comprendido que puedo retirarme cuando quiera. Acepto participar en la investigación.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del aplicador

Nombre y firma de testigo

Lugar y fecha:

Anexo 2. Carta de consentimiento informado para familiares de pacientes

“Programa de intervención neuropsicológica en pacientes con afasias expresivas de etiología vascular y sus familiares”

Este documento se dirige a familiares de personas que padezcan afasia expresiva (afasia aferente, eferente y dinámica), a quienes se les invita a participar en la investigación a cargo de la Psic. Laura Leticia Rodríguez Chavarría, estudiante de la maestría en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

El documento que leerá a continuación describe el objetivo y las características que cubre el proyecto de intervención al que se les ha invitado como participantes a usted y su familiar (paciente), es importante que lo lea detenidamente para garantizar su comprensión, en caso de que sea necesario, puede realizar las preguntas que requiera para comprender de mejor manera el objetivo de este estudio.

Objetivo: Diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención neuropsicológica para pacientes con afasias expresivas y apoyo a familiares.

Procedimiento:

1. La intervención consistirá en tres estrategias: a) sesiones individuales con el paciente, llevadas a cabo semanalmente con duración de una hora, b) sesiones grupales con pacientes con afasias expresivas, se realizarán cada dos semanas con duración de una hora, c) sesiones de psicoeducación con los familiares (cuidadores primarios) de los pacientes con afasia, a realizarse cada dos semanas con una duración de una hora.
2. Al finalizar el plan de intervención, se aplicará nuevamente pruebas neuropsicológicas para posteriormente compararlas con la primera evaluación.

Todas las actividades se realizarán en el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) ubicado en Pico de Orizaba No. 1, Col. Volcanes en Cuernavaca Mor.

Su participación y el de su familiar serán gratuitos y tampoco recibirán ningún pago por ello.

El presente estudio es para evaluar los resultados de una intervención de rehabilitación del lenguaje y mejora en la calidad de vida tanto de los pacientes con afasia como de sus familiares, por lo que la finalidad de saber si las acciones que se lleven a cabo dentro del programa pueden contribuir a ello. Usted puede decidir participar o no. Una vez iniciado el programa sí usted considera que el procedimiento no es de su satisfacción se encuentra en total libertad de abandonarlo.

Los datos obtenidos en esta investigación serán manejados confidencialmente (no se revelarán sus identidades) y debe saber que se difundirán de esta forma en eventos o publicaciones de tipo científico. En caso de dudas o aclaraciones te puedes dirigir con:

Tutora del proyecto: Dra. Adela Hernández Galván
Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología

Cubículo 1 del área de investigadores
Tel. 777329 79 70 Ext. 3752
adela.hernandez.g@gmail.com

Investigadora responsable: Psic. Laura Leticia Rodríguez Chavarría
lloguezch@gmail.com

Yo _____ manifiesto mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación: “Programa de intervención neuropsicológica en pacientes con afasias expresivas de etiología vascular y sus familiares”, a cargo de la Psic. Laura Leticia Rodríguez Chavarría, en virtud de que he leído y comprendo la información proporcionada en este documento, y mis dudas han sido resueltas. He comprendido que puedo retirarme cuando quiera. Acepto participar en la investigación.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del aplicador

Nombre y firma de testigo

Lugar y fecha:

Anexo 3. Sesiones individuales para pacientes con afasia Aferente.

Etapa preliminar			
Objetivo: Lograr la “desinhibición” de los procesos articulatorios que transcurren espontáneamente			
Sesión	Actividad	Descripción	Material
1	Expresiones ante un relato	La reeducadora leerá un relato, con debida entonación, en a cada fragmente leído el paciente deberá mostrar su actitud ante el contenido del texto mediante un sonido de exprese: susto, asombro, felicidad, etc.	Relato
	Expresiones de susto y asombro ante unas imágenes	Se le mostrara al paciente imágenes donde esté ocurriendo algo que amerite una expresión como: “ah- oh - ay- huy”. Por lo que se le pedirá al paciente que reaccione ante los estímulos. Ejemplo: un niño cayendo.	Laminas
	Desbloqueo del lenguaje a través de fotografías de familiares	El paciente debe ver la foto e ir señalando cada persona que ahí aparezca a la par que dice su nombre	Fotografías
2	Desbloqueo del lenguaje a través de fotografías de personajes de películas o series del gusto del paciente	Se le pide al paciente que, al mostrarle la foto del personaje, intente decir el nombre	Imágenes de personajes y escenas de series o películas
	Decir los días de la semana en orden y después de forma salteada	El paciente tendrá que mencionar los días de la semana, de forma ordenada, posterior a eso tendrá que repetirlos de forma salteada.	Tarjetas con los días de la semana y tarjetas con los meses del año
	Decir los meses del año en orden y después de forma salteada	El paciente tendrá que mencionar los meses del año, de forma ordenada, posterior a eso tendrá que repetirlos de forma salteada.	
Etapa uno			
Objetivo: Rehabilitar la fonación de la palabra mediante estímulos: táctiles, auditivos, visuales.			
4	Conciencia fonológica	Se le mostrará una serie de fichas de letras, el rehabilitador tendrá que producir los fonemas para que el paciente los pueda reconocer y señalar cual es correcto. Posteriormente el paciente tendrá que reproducir todos los fonemas por medio de la imitación.	Fichas de letras
	Formación de sílabas y pequeñas palabras.	Se harán conexiones de las letras por medio de consonante-vocal ej. M-a, p-e, así con diferentes consonantes. Posteriormente tendrá que agregar otra consonante para formar palabras pequeñas, ej. Ma –má	Fichas de letras
5	Sensaciones táctiles	Se le vendarán los ojos al paciente y se le dará un objeto de la vida cotidiana el cual deberá tocar, posteriormente se le quitará la venda y deberá escoger entre varios objetos el objeto que se le dio.	Objetos (tenedor, llave, cuchara, peine etc.)
	Acoplamiento reflejo	Cada objeto de la actividad anterior se repetirá tres veces con la técnica del acoplamiento reflejo, es decir el rehabilitador dice la palabra	

		dividiéndola por silvas mientras da pequeños golpes a la mesa, a la par que lo repite el paciente	
6	Formación de campos semánticos	Se le mostrarán diferentes láminas de varios campos semánticos, el paciente seleccionará una lámina y a continuación se le preguntará ¿Qué otros objetos pertenecen a este grupo? Cada vez que se toma un artículo se realiza el acoplamiento reflejo.	Láminas de bebidas, comidas, frutas, verduras.
	Formación de campos semánticos	Se le mostrarán diferentes láminas de varios campos semánticos, el paciente seleccionará una lámina y a continuación se le preguntará ¿Qué otros objetos pertenecen a este grupo? Cada vez que se toma un artículo se realiza el acoplamiento reflejo.	Láminas de habitaciones de la casa (baño, sala, cocina, habitación)
7	Formación de campos semánticos	Se le mostrarán diferentes láminas de varios campos semánticos, el paciente seleccionará una lámina y a continuación se le preguntará ¿Qué otros objetos pertenecen a este grupo? Cada vez que se toma un artículo se realiza el acoplamiento reflejo.	Láminas de ropa, artículos personales
	Relacionar sonidos	Se reproducirán sonidos de actividades (reír, llorar, estornudar etc.) y el paciente deberá escoger la lámina a la que pertenece el sonido. Con acoplamiento reflejo por cada palabra	Reproductor de música, grabaciones de cada sonido y su respectiva lámina que lo represente.
8	Formación de campos semánticos	Se le pondrán diferentes láminas de animales y se le pedirá que agrupe o señale los animales por campos semánticos p.ej. “señale los animales que viven en el agua, “agrupe los animales que nacen de un huevo”	Láminas de animales
	Identificación de animales	Se le dirá a al paciente algunas características de un animal y de acuerdo con estas el paciente deberá seleccionar el animal	
Etapas			
Objetivo: Fortalecer la enseñanza en la rehabilitación del caudal léxico activo sobre el fondo del vocabulario pasivo rehabilitado y del lenguaje corriente desbloqueado.			
9	Características de objetos comunes	El examinador deberá ir describiendo cada objeto representado en las láminas y el paciente deberá ir identificando, a que objeto corresponde esa descripción y decir su nombre	Objetos comunes: pluma, cuchara, etc.
10	Descripción de la lámina	Se mostrarán tarjetas con acciones (correr, nadar, etc.) y el paciente dirá que es lo que está pasando en la imagen.	Tarjetas con acciones (correr, nadar, etc.)
11	Descripción del día	El paciente deberá de describir lo que realiza en todo un día utilizando solo palabras sueltas	Sin material
	Descripción del aspecto personal	El terapeuta le preguntará al paciente que es lo que trae puesto y el paciente deberá decir cada objeto que trae.	
12	Unir columnas	Se le pedirá al paciente que relacione las columnas entre una palabra y su significado	Hojas impresas con la actividad

Anexo 4. Sesiones individuales para pacientes con afasia Eferente.

Etapa preliminar			
Objetivo: desbloqueo del lenguaje.			
Sesión	Actividad	Descripción	Material
1	Desbloqueo del lenguaje a través de fotografías	El paciente debe ver la foto e ir señalando cada persona que ahí aparezca a la par que dice su nombre	Fotografías
	Conteo de números del uno al diez	El paciente tendrá que mencionar los números del uno al diez pausadamente	Tarjetas con los números del 1 al 10
2	Decir los días de la semana en orden y después de forma salteada	El paciente tendrá que mencionar los días de la semana, de forma ordenada, posterior a eso tendrá que repetirlos de forma salteada.	Tarjetas con los días de la semana y tarjetas con los meses del año
	Decir los meses del año en orden y después de forma salteada	El paciente tendrá que mencionar los meses del año, de forma ordenada, posterior a eso tendrá que repetirlos de forma salteada.	
3	Conteo de números de dos en dos.	El paciente realizará el conteo de dos en dos con ayuda de semillas para observar la cantidad hasta llegar al 20	Semillas de frijol
	Mencionar las estaciones del año	El paciente tendrá que decir que estación del año corresponde a la imagen que se va a mostrar, con ayuda	Laminas temáticas
	Selección de objetos de acuerdo con las estaciones del año.	El paciente tendrá que elegir los objetos correspondientes a las estaciones del año. Las tarjetas tienen las imágenes de objetos que necesitas si estas en primavera, verano, otoño o invierno	Laminas temáticas
Etapa uno			
Objetivo: Logrará el restablecimiento de la fonación activa de palabras sueltas.			
4	Secuencia rítmica.	El terapeuta sujeta una mano del paciente y golpetea suavemente la mesa con cada sílaba entonada; la actividad se debe realizar de forma continua y sin sacudidas.	Palabras de uso cotidiano como saludos (buenos días, comidas y bebidas)
	Complementación musical.	Se reproducirá una canción del agrado del paciente, el cual deberá cantar el final de cada estrofa.	Reproductor de música
5	Activación sucesiva del funcionamiento articulatorio	Repetir una serie de números. Después el paciente repite la serie de manera discreta con intervalos (voz alta, voz queda).	Tarjetas con los números del 1 al 20 y de 10 en 10 al 100.
	Activación sucesiva del funcionamiento articulatorio	Se pide al paciente que diga de forma salteada en voz alta por ejemplo el 5° mes del año, el 3° día de la semana.	Tarjetas con los días de la semana, los meses del año
6	Activación sucesiva del funcionamiento articulatorio	Se pide al paciente que diga de forma salteada en voz alta por ejemplo el 5° mes del año, el 3° día de la semana.	Tarjetas con los días de la semana, los meses del año

	Activación sucesiva del funcionamiento articulatorio	Se demostrará una presentación de varios animales al paciente y se le pedirá repita el nombre a la par del terapeuta y luego a la pos del terapeuta	Presentación PowerPoint y computadora
7	Terminar refranes	El terapeuta deberá empezar a decir un refrán, el paciente intentará terminar de completarlo. Realizar lo mismo con: frases coloquiales, nombre u apellido de personajes de la historia y del espectáculo.	Refranes escritos, frases e imágenes.
8	Árbol genealógico	Se realizará con ayuda del paciente un árbol genealógico y se le pedirá que mencione primero en orden ascendente, descendente y aleatorio el orden de los miembros de la familia. Posteriormente se realizarán preguntas como: ¿quién es el hermano de ___?	Hojas blancas, lápices de colores
Etapa dos			
Objetivo: Rehabilitar la gramática expresiva en el habla, a través de la estimulación semántica y auditiva.			
9	Clasificación de láminas de verbos	Se colocan láminas que ilustren un verbo y diversos objetos o situaciones que se relacionen en ese contexto, (ejemplo: comer: comida, cubiertos, familia comiendo) el paciente debe clasificar las láminas según el verbo y decir el verbo al final de esta.	Láminas
10	Estructura gramatical	Con imágenes que representen: pronombre, sujeto y acción, marcadas por puntos de diferentes colores: verde, azul y amarillo y tarjetas vacías pequeñas de los mismos colores se colocará en línea vertical en el mismo orden que se señaló, las tarjetas con imagen deberán estar revueltas y se le pedirá al paciente que las ordene tal y como se señala en las tarjetas de colores, repitiendo en voz alta cada tarjeta.	Tarjetas de color verde, azul y amarillo. Tarjetas que representen pronombres escritos marcadas de verde, tarjetas de sujetos marcadas de azul y tarjetas de acciones/verbo marcada con amarillo.
11	Ordenar secuencia de eventos	El paciente deberá ordenar de forma secuencial conjuntos de láminas. Posteriormente el paciente deberá decir la acción representada en cada lámina.	Laminas con acciones que cuenten una pequeña historia (ejemplo secuencia para cocinar un pastel)
12	Describir lamina	El paciente debe observar una lámina y trazar un círculo en las acciones/verbos que vea y decirlas en voz alta.	Lamina donde ocurran muchas cosas a la vez (ejemplo escena de un circo), marcador.

Anexo 5. Sesiones individuales para pacientes con afasia Dinámica.

Etapa preliminar			
Objetivo: desbloqueo del lenguaje			
Sesión	Actividad	Descripción	Material
1	Denominación de días de la semana, meses del año y números.	Se le dan al paciente las siguientes instrucciones: 1. Me podría mencionar los días de la semana, comenzando por el domingo. Posteriormente en forma inversa. 2. Ahora me podría mencionar los meses de año. El reeducador dice: comenzamos con enero...etc. 3. Podría decir los números del 1 al 15. Después de que lo haya hecho, se le pide que lo diga en forma inversa.	Material visual (días de la semana, números, meses del año).
	Ejercicio gimnástico con acompañamiento musical	Se pone en reproducción una melodía y se le pide al paciente que haga series de movimiento sencillos: levantar los brazos, las piernas, mover la cabeza en círculos.	Reproductor de música
2	Decir la última palabra de un refrán	Se le pide al paciente que siga con su dedo la el fresan mientras la reeducadora lo dice en voz alta, solo la última palabra es la que el paciente tiene que decir en voz alta.	Refranes
	Ejercicio gimnástico con acompañamiento musical	Se pone en reproducción una melodía y se le pide al paciente que haga series de movimiento sencillos: levantar los brazos, las piernas, mover la cabeza en círculos.	Reproductor de música
3	Recitar un poema o letra de canción (según el gusto del paciente)	Se le pide al paciente que vaya leyendo el escrito, mientras se marcar el ritmo de las palabras o frases con las manos (simultáneamente con el educador, luego acoplamiento reflejo o de repetición y después individual)	Ninguno
	Ejercicio gimnástico, el propio paciente cantará melodía	Se le pide al paciente que cante una melodía mientras realiza una serie de movimientos sencillos: levantar los brazos, las piernas, mover la cabeza en círculos.	Ninguno
Etapa preliminar			
Objetivo: Rehabilitación del lenguaje predicativo			
4	Identificación de acciones a través de un estímulo sonoro dado.	Sobre la mesa habrá colocadas diferentes tarjetas que incluyan acciones tales como correr, barrer, secar, brincar, etc., se pondrá en reproducción un sonido característico de esas acciones, por lo que el paciente tiene que identificar la acción correspondiente con el sonido que éste escuchando.	Tarjetas de acciones y estímulos auditivos.
	Expresión y escritura de acciones	Se colocarán las mismas tarjetas de acciones de la tarea pasada, pero esta vez boca abajo, para que se vaya descubriendo una por una. Conforme se van volteando, el paciente debe	Tarjetas de acciones, cuaderno y lápiz.

		<p>mencionar que acción es y anotarla en un cuaderno.</p>	
5	<p>Creación de conexiones semánticas, a partir de una acción/verbo.</p>	<p>Se le da al paciente la acción-verbo «corre» y diversas láminas, entre las cuales debe elegir escenas que representen objetos o fenómenos a los que sea propia la acción general de «correr». El paciente nombra dichos objetos y anota en el cuaderno las relaciones de las palabras en forma de esquema:</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Corre</p> <p>¿Quién? ¿Qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> - el tiempo - el agua - el rumor - el hombre - el peligro - el sueldo, etc. 	<p>Tarjetas de acciones y objetos/fenómenos, cuaderno y lápiz.</p>
	<p>Creación de conexiones semánticas, a partir de una acción/verbo.</p>	<p>Se le da al paciente la acción-verbo «brincar» y diversas láminas, entre las cuales debe elegir escenas que representen objetos o fenómenos a los que sea propia la acción general de «correr». El paciente nombra dichos objetos y anota en el cuaderno las relaciones de las palabras en forma de esquema:</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Brinca</p> <p>¿Quién? ¿Qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> - el aceite - el agua - la rana - el hombre - el ojo, etc 	<p>Tarjetas de acciones y objetos/fenómenos, cuaderno y lápiz.</p>
6	<p>Creación de conexiones semánticas a partir de una palabra que indique un objeto/fenómeno.</p>	<p>Se le da al paciente una palabra y su imagen que indique un objeto o fenómeno, en este caso será “agua”. Posterior a esto el paciente busca primero las láminas necesarias, en las que están representadas las acciones asociadas a la palabra “agua”, luego halla su expresión verbal y anota las palabras en la forma del esquema siguiente:</p> <p>Ejemplo:</p> <p>El agua</p> <p>¿Qué hace?</p> <ul style="list-style-type: none"> - corre - gotea - moja - limpia - etc. 	<p>Tarjetas de acciones y objetos/fenómenos.</p> <p>-Cuaderno.</p> <p>-Lápiz.</p>
	<p>Creación de conexiones semánticas a partir de una palabra que indique un objeto/fenómeno.</p>	<p>Se le da al paciente una palabra y su imagen que indique un objeto o fenómeno, en este caso será “hombre”. Posterior a esto el paciente busca primero las láminas necesarias, en las que están representadas las acciones asociadas a la palabra “agua”, luego halla su expresión verbal y anota las palabras en la forma del esquema siguiente:</p> <p>Tarjetas de acciones y objetos/fenómenos.</p> <p>-Cuaderno.</p> <p>-Lápiz.</p> <p>El hombre</p> <p>¿Qué hace?</p> <ul style="list-style-type: none"> - corre - ama - brinca - trabaja - etc. 	

7	Método de incremento sucesivo de las semánticas y acepciones de las palabras.	Con ayuda de las creaciones de redes semánticas de la sesión anterior, se buscará, el incremento sucesivo de estas por cada acción. Ejemplo:	Cuaderno y lápiz
		<pre> -el hombre -trabaja -trabajador Corre -el tiempo -descansa -artista -el tren -come -científico El agua Riega -jardinero -siembra -lluvia -cosecha -campo Suena -tempestad -tren -calle </pre>	
8	Creación de oraciones a partir de las redes semánticas creadas.	Las redes de acepciones de palabras elaboradas en la actividad anterior servirán para esta actividad. Ya que se le pedirá al paciente que a partir de estas cree oraciones y sean anotadas en el cuaderno. Ejemplo:	Cuaderno y lápiz
		<ul style="list-style-type: none"> · Corre el tiempo. · El hombre corre al trabajo. · Corre un rumor. 	
Etapas dos Objetivo: Recuperar el lenguaje coherente para su inserción en el discurso.			
9	Respuestas coherentes.	Se mostrarán 3 láminas y se le pedirá que elija la que más le agrada, posterior a esto se le indicará que observe la imagen muy bien, y nuevamente se le pedirá que mencione lo que más le llame la atención y preguntarle ¿para que funciona?, ¿lo has visto en otro sitio?	3 láminas temáticas
	Forma la oración	Se le mostraran diferentes láminas de objetos de acuerdo con su contexto, acciones, frutas, animales, personas y colores, continuamente se colocarán en la mesa y se le pedirá al paciente que junte 2 láminas y consecutivamente pedir que forme oraciones.	-5 láminas de: objetos, frutas, colores, animales y personas
10	Láminas y palabras	Se le mencionan 5 oraciones (una a la vez), además se utilizarán algunas láminas en blanco, se le pide al paciente que escriba la oración mencionada, en cada palabra que escriba debe colocar una lámina en blanco debajo de la misma, el paciente debe ir señalando cada lámina por palabra.	5 oraciones cortas
	Desglose de oraciones	Se le muestran al paciente tres láminas (una a la vez) con imágenes donde haya personas realizando una acción, deberá observarla por un minuto y posteriormente se le preguntará: ¿Quién es?, ¿Qué edad tiene? y ¿qué hace?	3 láminas temáticas

11	Imagen - respuesta	Se le muestran al paciente tres láminas (una a la vez) con imágenes dónde haya personas realizando una acción, deberá observarla por un minuto y posteriormente se le preguntará: ¿Quién es?, ¿Qué edad tiene? y ¿qué hace?	3 láminas temáticas
	Creación de oraciones con láminas temáticas	Se le proporcionan al paciente 3 láminas temáticas (una a la vez), deberá observarlas por un minuto y a partir de lo visto, se le pedirá que realice oraciones. Ejemplo: “lámina de una	
12	Desenlace de láminas con secuencia	Se le proporcionan al paciente láminas con secuencias de imágenes de un mismo tema (cada secuencia debe contener 4, se aumentarán según la evolución del paciente), se le entregarán en desorden sobre la mesa, posteriormente se le pedirá que las acomode según el orden de la secuencia. También se puede realizar el ejercicio colocando en orden las primeras 3 láminas, faltando la última, la cual deberá buscar para completar la misma.	
	Escena temática para el relato coherente	Se le muestra al paciente una lámina con una escena temática, se le pide que la observe y mencioné todos los detalles de esta, posteriormente deberá escribir un relato según lo observado en la lámina y colocarle un título, al final se le pedirá que lo lea en voz alta.	1 lámina con una escena temática. - Hoja cuadrículada. - Lápiz.

Anexo 6. Sesiones grupales con pacientes con afasias expresivas.

Sesión 1				
Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Preguntas para conocerse e identificar el apoyo que reciben de sus familiares	Propiciar un ambiente idóneo para la participación de los pacientes, así como reconocer el apoyo que reciben de sus familiares	Los pacientes responderán una serie de preguntas con ayuda de imágenes	Ilustraciones, hojas y pegamento	60 minutos
Sesión 2				
Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Discusión de un cortometraje	Promover la comunicación entre los pacientes	Después de ver un cortometraje, cada paciente, responderá	Recursos audiovisuales	40 minutos

Juego de lotería		preguntas relacionadas al corto, exponiendo sus ideas y sentimientos. Se jugará lotería, cada paciente echará las cartas por turnos.	Lotería	20 minutos
------------------	--	---	---------	------------

Sesión 3

Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Emparejamiento de tarjetas (REGIA)	Propiciar la comunicación a través de preguntas y descripciones para poder emparejar las tarjetas del juego	Un panel divide a los pacientes para que no puedan ver sus tarjetas entre ellos, cada paciente tendrá tarjetas temáticas que deberá emparejar con las del compañero, para ello, tendrán que describir y hacer preguntas que los ayuden a descubrir sus tarjetas.	Laminas temáticas, paneles	60 minutos

Sesión 4

Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Distinguir olores, texturas y sabores	Promover la comunicación entre los pacientes a través de la discusión de los que perciben	Los pacientes podrán oler, saborear y tocar diversos objetos, sin poder verlos, por lo que entre ambos expresarán adjetivos para descubrir el objeto.	Diversos objetos, café, piedra, flores y demás	60 minutos

Sesión 5

Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Simulación de realizar compras	Practicar para realizar compras, qué decir y cómo pagar. Promover la comunicación entre los pacientes.	Con ayuda de tarjetas que simulan artículos de compra y billetes didácticos, los pacientes describirán lo que quieren comprar y analizar cómo deben pagarlo.	Tarjetas de artículos y billetes didácticos	40 minutos
Discusión de noticia actual		Después de leer la noticia, cada paciente expondrá sus ideas al respecto	Nota periodística (nuevos billetes en circulación)	20 minutos

Sesión 6

Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
discusión de videos sobre personas con afasia	Promover la comunicación entre los pacientes y exponer sus	Los pacientes verán los dos videos, por cada uno se promoverá su participación para exponer ideas, dudas y opiniones	Materia audiovisual	60 minutos

ideas con respecto
al tema

Anexo 7. Sesiones grupales con familiares de pacientes con afasias expresivas.

Sesión 1

Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
¿Qué son las enfermedades cerebrales vasculares? ¿Cómo prevenirlas?	Concientizar sobre la importancia de las medidas de prevención de una EVC y sus riesgos.	Se expondrá el tema a través de diapositivas, se destinará tiempo para que cada participante aporte opiniones, dudas y experiencias.	Material audiovisual	60 minutos

Sesión 2

Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
¿Qué es la afasia?	Recordar y concientizar el origen y características de las afasias	Se expondrá el tema, destinando momentos para que cada participante aporte opiniones, dudas y experiencias.	Material audiovisual	60 minutos

Sesión 3

Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Técnicas de comunicación	Mejorar la comunicación entre la familia y el paciente	Exposición del tema, se destinará momentos para que cada participante aporte opiniones, dudas y experiencias.	Material audiovisual	60 minutos

Sesión 4

Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Cuidado del cuidador	Concientizar al cuidador de lo importante que es su propio cuidado	Exposición del tema, identificar sobrecarga de trabajo, buscar redes de apoyo	Material audiovisual	30 minutos
		Se practicarán técnicas de relajación. Se destinará momentos para que cada participante aporte opiniones, dudas y experiencias.	Frutas, esencias de aromas y música	30 minutos

Sesión 5

Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
------------------	-----------------	--------------------	-----------------	---------------

Repaso de lo trabajado en las sesiones anteriores y actividad recreativa con los pacientes	Hacer un repaso de lo aprendido previamente y convivir pacientes y familiares de manera recreativa	Se revisará el material preparado y se promoverá el aporte de opiniones al respecto. Se jugará a hacer mímica de acciones y objetos, cada asistente tomará una tarjeta y hará mímicas para que los demás adivinen	Hojas informativas Tarjetas de acciones y objetos, comida.	20 minutos 40 minutos
--	--	--	---	------------------------------

Anexo 8.

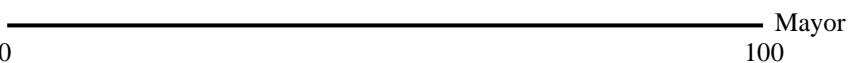
Escala de evaluación sesiones grupales de familiares/cuidadores de personas con afasias expresivas

El objetivo es evaluar el desempeño por sesión de los participantes en un “Programa de intervención neuropsicológica en pacientes con afasias expresivas de etiología vascular y sus familiares”.

1. Niveles de interés

- ¿Prestó atención a la actividad?
- ¿Su atención se mantuvo hasta la culminación de la sesión?
-

Ninguna
en absoluto 0

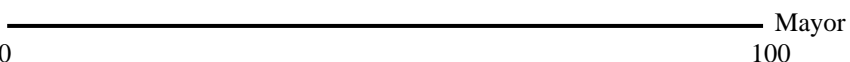


Puntuación

2. Participación

- ¿Aportó información?
- ¿Expresó su punto de vista?

Ninguna
en absoluto 0



Puntuación

3. Comprensión del tema

- ¿Respondió preguntas con respecto al tema dado?

Ninguna



Mayor

Puntuación

Anexo 9. Cartel promocional del programa de intervención

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología

¿Sufriste un infarto o hemorragia cerebral?

¿Tienes problemas para expresarte o articular palabras?

Acude al programa gratuito de rehabilitación del lenguaje (afasias expresivas) del CITPsi

✓ **Lugar: Área de Neuropsicología del Adulto del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) - UAEM**

✓ **Respaldado por el Programa de Maestría en Psicología de la Facultad de Psicología de la UAEM.**

✓ **Dirigido a adultos entre 30 a 70 años.**

Informes:
Psic. Laura L. Rodriguez Chavarría
7772355856 
Asesora Dra. Adela Hernández Galván 
adela.hernandez.g@gmail.com



"1919-2019, en memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca Mor., a 27 de Nov de 2019
FPSIC/SPOSG/MAEST/2019/896
ASUNTO: Votos Aprobatorios

DR. GABRIEL DORANTES ARGANDAR
COORDINADOR ACADÉMICO
DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: *"Programa de intervención neuropsicológica en pacientes con afasias expresivas de etiología vascular y sus familiares"* trabajo que presenta la C. "Laura Leticia Rodríguez Chavarría", quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*		
	APROBADO	SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. ADELA HERNÁNDEZ GALVÁN			
MTRA. GABRIELA RAMÍREZ ALVARADO			
MTRA. ANA RUTH DÍAZ VICTORIA			
DR. LEONARDO MANRÍQUEZ LÓPEZ			
MTRA. ANABEL ARROYO BAHENA			

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p.- Archivo