

**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE**

ESCUELA TERAPIA DE LENGUAJE

**TRABAJO DE TITULACIÓN
MODALIDAD ESTUDIO DE CASO**

TEMA:

AFASIA DE BROCA

TÍTULO:

“IDENTIFICACIÓN DE AFASIA DE BROCA EN PACIENTE CON
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA”

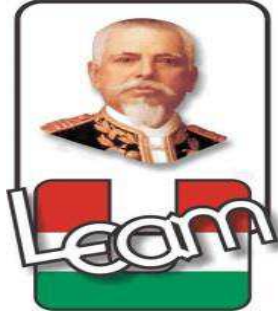
AUTOR:

MUÑOZ AVILA TANIA MARIELA

TUTORA:

LIC. ROSA ÁLAVA CHAVARRIA, MGS.

MARZO 2017



**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE**

CARRERA DE TERAPIA DE LENGUAJE

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL TUTOR

CERTIFICO

Yo, Lic. Rosa Álava Chavarria Mgs. Docente de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí Extensión Chone, en calidad de Tutora del Trabajo de Titulación Modalidad Estudio de Caso titulado: “Identificación de afasia de broca en paciente con enfermedad cerebrovascular isquémica”, ha sido revisado y socializado en varias sesiones de trabajo bajo mi guía y supervisión con la señora egresada; el mismo que se encuentra listo para su presentación. Las opiniones y conceptos vertidos en el mismo son fruto del trabajo, perseverancia y originalidad de su autora: TANIA MARIELA MUÑOZ AVILA, siendo de su exclusiva responsabilidad.

Chone, Marzo de 2017

Lic. Rosa Álava Chavarria Mgs.
TUTORA



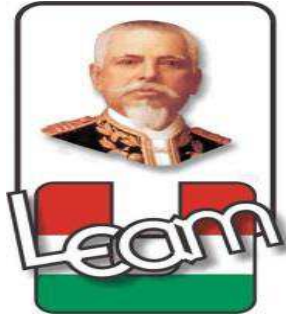
**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE**

CARRERA DE TERAPIA DE LENGUAJE

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Dejo en constancia que el presente Trabajo de Titulación Modalidad Estudio de Caso, cuyo título es: “IDENTIFICACIÓN DE AFASIA DE BROCA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA.” es inédito y original, el resultado del trabajo investigativo emprendido por su autor.

**Muñoz Ávila Tania Mariela
C.C.: 131329242-5**



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE
CARRERA DE TERAPIA DE LENGUAJE

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
MODALIDAD DE ESTUDIO DE CASO

Los Miembros del Tribunal Examinador aprueban el Trabajo de Titulación Modalidad Estudio de Caso con el título: “IDENTIFICACIÓN DE AFASIA DE BROCA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA”, elaborado por: **Muñoz Ávila Tania Mariela** con C.C.: **131329242-5**; egresada de la Carrera de Terapia de Lenguaje

Chone, marzo de 2017

Ing. Odilón Schnabel Delgado, Mgs.
DECANO

Lic. Rosa Álava Chavarria, Mgs.
TUTORA

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Fátima Saldarriaga
SECRETARIA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios, por haberme permitido seguir con vida y darme las fuerzas necesarias para alcanzar los objetivos y las metas propuestas, siendo su espíritu mi guía, mi fortaleza; manteniendo en mí la esperanza de no desmayar ante las adversidades.

A mis padres Gustavo y Dolores, porque han sido quienes formaron en mí la mujer que ahora soy, por ayudarme con mis hijos, dándole tiempo cuando yo los dejaba en casa por los estudios, por el apoyo incondicional y constante para llegar a este momento importante de mi formación profesional, depositando en mí toda su confianza y anhelo de verme un profesional; por lo cual estaré agradecido siempre.

A mi abuela Pilar ella que, con sus consejos de seguir adelante, de que estudie en todo momento, sus palabras y las ganas que ella me daba fueron muy significativas para mí.

A mi esposo Edgar Cepeda y mis hijos Jason y Jeycka ellos han sido testigos fieles del sacrificio hecho, y el apoyo que he tenido en los momentos de angustia, por ellos aprendí a no decaer y seguir adelante hasta llegar a la meta propuesta.

A la Lcda. Viviana Paola Patiño Zambrano gracias a ella tuvimos la carrera en nuestra prestigiosa extensión.

A mis familiares; que de manera directa o indirecta y desinteresada me mostraron consideración, apoyo, ayuda y lo que necesitaba en los momentos idóneos.

Tania Muñoz

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de titulación es el resultado del esfuerzo y perseverancia que por varios años se estuvo formando y construyendo, por eso extendo mi agradecimiento:

A Dios que es la fuente de la vida, sabiduría y amor.

A la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí Extensión Chone, que nos da la oportunidad de una educación superior de calidad y en la cual estamos forjando nuestros conocimientos profesionales día a día.

A mis queridos padres, hijos, esposo, hermano y familiares que son la base fundamental en la consecución de esta meta al haberme inculcado el sentido de la responsabilidad, compromiso, dedicación y esfuerzo.

A mis profesores por sus consejos y enseñanza y por los años que nos impartió clases.

Tania Muñoz

RESUMEN

Paciente de 72 años de edad, blanco, masculino, con Antecedentes Patológicos Personales (APP) de Accidente Vascular Encefálico (AVE) y reportado como Caso Social (CS). Ingresó en la Clínica LA DOLOROSA en el mes de febrero para estudio y tratamiento por síntomas de decaimiento, pérdida de apetito y falta de aire, valorado por Medicina Interna con una Impresión Diagnóstica (ID) de Bronconeumonía Bacteriana e Infarto Cerebral Trombótico que presenta Ataque Transitorio Isquémico, es remitido por el clínico a Psicología por presentar "síntomas de intranquilidad".

La investigación se realizó bajo una perspectiva cualitativa, dirigida y orientada hacia el paciente realizándose una exploración neuropsicológica.

Se utilizó la Batería de diagnóstico neuropsicológico propuesta para realizar la evaluación, además de técnicas como la observación y la entrevista.

La interpretación de los resultados de la investigación neuropsicológica se realizó por etapas. La investigación neuropsicológica debe proporcionar un análisis cualitativo del síntoma observado indicando cuál es el carácter que tiene el defecto. Exige un análisis cuidadoso de la actividad del paciente que ponga al descubierto las dificultades, potencialidades y además su desarrollo afectivo.

En los pacientes de edad avanzada, el perfil de factores de riesgo vascular y el subtipo de accidente cerebrovascular (ACV) es diferente en comparación con pacientes más jóvenes.

PALABRAS CLAVE: Infarto Cerebral, Ataque Transitorio Isquémico, Accidente Cerebrovascular.

ABSTRACT

A 72-year-old white male patient with Personal Pathology History of Stroke and reported as a Social Case, He entered the LA DOLOROSA Clinic in the month of february for study and treatment for symptoms of decay, loss of appetite and shortness of breath, evaluated by Internal Medicine with a Diagnostic Impression of Bacterial Bronchopneumonia and Thrombocytic Cerebral Infarction that presents Transient Ischemic Attack, Is referred by the clinician to Psychology for presenting "symptoms of uneasiness".

The research was carried out under a qualitative, directed and patient oriented perspective, with a neuropsychological examination. The proposed Neuropsychological Diagnostic Battery was used to perform the evaluation, in addition to techniques such as observation and interview. The interpretation of the results of neuropsychological research was performed in stages. It requires a careful analysis of the patient's activity that exposes the difficulties. Potentialities and also their affective development.

In elderly patients, the profile of vascular risk factors and the subtype of stroke is different compared to younger patients.

KEYWORDS: Cerebral Infarction, Transient Ischemic Attack, Cerebrovascular Accident.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	I
CUERPO PRELIMINAR	II
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL TUTOR	II
DECLARATORIA DE AUTORÍA	III
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT.....	VIII
3. JUSTIFICACIÓN	X
4. INFORME DEL CASO	1
4.1. DEFINICIÓN DEL CASO	1
4.1.1. Presentación del caso.....	4
4.1.2. Ámbito De Estudio	4
4.1.3. Actores Implicados	4
4.1.4. Identificación del Problema	5
4.2. METODOLOGÍA	6
4.2.1. Lista de preguntas	7
4.2.2. Fuentes de información.....	7
4.2.3. Técnicas para la recolección de información.....	7
4.3. DIAGNÓSTICO	9
5. PROPUESTA DE INTERVENCION.	10
5.1. Denominación de la prueba.....	10
5.2. Objetivos de la propuesta	10
5.3. Fundamentación de la propuesta.....	12
5.4. Planteamiento de la propuesta.....	18
6. BIBLIOGRAFIA	21
7. ANEXOS	22

3. JUSTIFICACIÓN

El terapeuta de lenguaje participará en la prevención, evaluación, diagnóstico, estimulación y tratamiento de las alteraciones de lenguaje habla y voz.

Trabaja tanto con niños como con adultos, derivados por el otorrinolaringólogo, neurólogo, pediatra, psicólogos o centros escolares, trabajando con las familias y profesionales, potenciando la coordinación con carácter de reciprocidad, por una parte, el terapeuta proporciona asesoramientos técnicos, pedagógicos y estrategia de evaluación.

En este presente caso se referirá a un paciente que tiene dificultades en su comunicación y movilidad, gracias a la ayuda del equipo multidisciplinario se pudo evaluar al paciente.

En la clínica La Dolorosa llegó el paciente en compañía del familiar, este paciente era masculino de 72 años de edad, sin antecedentes patológicos personales y con antecedentes familiares de enfermedad vascular cerebral del tipo isquémico a edades tempranas. La evolución que ha tenido el paciente es a nivel de lo afectivo y aceptación de su padecimiento

En el presente estudio de caso lo que se pretende es que el paciente pueda comunicarse con el familiar de una manera que ellos lo puedan entender sin que él se sienta mal, el mismo que empleará varios ejercicios como:

- Actividades de atención y memoria a corto y largo plazo
- Actividades de percepción y orientación temporo-espacial

El uso de la música permite la variación de estímulos y la repetición para conseguir la automatización de las habilidades conseguidas

La propuesta es la utilización de la música con fines terapéuticos y puede abarcar múltiples campos de la rehabilitación, pero dentro de la logopedia, la música se nos presenta como una herramienta para trabajar el desarrollo del lenguaje, su recuperación o su reeducación.

4. INFORME DEL CASO

4.1. DEFINICIÓN DEL CASO

Para Luis F. Pascual Millán y Teresa Fernández, la afasia es consecuencia de una ruptura en el normal procesamiento cerebral del lenguaje, y el origen es siempre una lesión cerebral orgánica, que puede ser de distintas etiologías (vascular, neoplásica, traumática, degenerativa, epileptogénica, entre otras). Sin embargo, el factor determinante principal de los síntomas en la afasia no es la etiología de la lesión cerebral, sino su topografía. Una afasia vascular no se diferencia de una afasia tumoral por la semiología afásica sino por otros aspectos clínicos. Es la localización neuroanatómica de la lesión cerebral, y su impacto diferencial sobre las redes neuronales que procesan el lenguaje en sus diversos niveles lo que va a constituir el factor crucial en la determinación de las características de la sintomatología afásica. El lenguaje afásico está modificado por los efectos de la lesión.

Es importante considerar que el lenguaje del paciente con afasia, al igual que en los sujetos normales, es el resultado de la actividad global del cerebro, aunque profundamente modificado ya que el efecto de la lesión origina pérdidas o modificaciones de la función, junto a inhibiciones y desinhibiciones patológicas de las áreas cerebrales del lenguaje. El lenguaje del paciente con afasia es el resultado final de la interacción entre las capacidades preservadas y los efectos de las funciones alteradas.

La principal alteración del lenguaje es la afasia, que se define como una pérdida o alteración adquirida del lenguaje debida a una lesión cerebral, y caracterizada por errores en la producción verbal, alteración de la comprensión y presencia de dificultades en la denominación. Las alteraciones más comunes en los trastornos afásicos son trastornos de fluencia, trastorno de la comprensión auditiva, trastornos de la repetición, producción de parafasias y alteraciones en la denominación, y trastornos del procesamiento gramatical.

La aparición conjunta de ciertos síntomas define un determinado síndrome afásico. El trastorno afásico es el que se ha tomado como base para el establecimiento de los modelos neurales del lenguaje a los que hacíamos referencia en el apartado anterior.

En cuanto al trastorno afásico propiamente dicho, es obvio que ser capaces de hablar (es decir, de producir un habla con significado) requiere de varias habilidades.

Desde las primeras descripciones realizadas por Broca y Wernicke se han realizado diversas clasificaciones de la afasia, aunque en la actualidad una de la que más aceptación tiene es la elaborada por Benson y Geschwind (1971) define que la afasia de Broca es un trastorno que se caracteriza por un habla lenta, laboriosa y poco fluida. Cuando se intenta mantener una conversación con un sujeto con este tipo de afasia, a la mayoría de las personas les resulta difícil no intentar ayudarlo sugiriéndole las palabras que obviamente está intentando pronunciar. Pero, aunque la pronunciación de muchas palabras suele ser defectuosa, las palabras que consiguen pronunciar tienen significado. Por lo general los pacientes afásicos parecen irritados y enojados por su incapacidad para expresar bien sus pensamientos, y a menudo hacen gestos para complementar su escaso lenguaje verbal. Las características básicas de la afasia de Broca incluyen una producción verbal no fluente, caracterizada por frases incompletas y con simplificaciones sintácticas, frases reducidas, alteraciones en la prosodia y dificultades en la articulación. Estos pacientes evocan frases muy cortas, habitualmente con palabras aisladas, con abundantes pausas. La producción del habla se caracteriza por la presencia de disprosodia, es decir, una melodía, inflexión y timbre anormales. También presentan agramatismo, con una notable disminución de preposiciones, artículos y otros componentes gramaticales. Las personas con afasia de Broca pocas veces utilizan términos funcionales (palabras cortas con significado gramatical, tales como un, el, algunos, en o sobre). Además, tampoco suelen utilizar marcadores gramaticales como –aba ni auxiliares como he (ej. he ido).

La comprensión auditiva del lenguaje varía entre los pacientes afectados, y a pesar de que habitualmente está más preservada que la expresión, no acostumbra a ser completamente normal. En un estudio con pacientes que presentaban afasia de Broca, se mostraban pares de dibujos en los que los sujetos y los objetos de la acción estaban invertidos: por ejemplo, un caballo que daba coces a una vaca y una vaca que daba coces a un caballo, un camión que empujaba un coche y un coche que empujaba a un camión, y una bailarina aplaudiendo a un payaso y un payaso aplaudiendo a una bailarina. Ante cada uno de los pares de dibujos que enseñaban a los pacientes leían una frase, por ejemplo, “el caballo da coces a la vaca”. La tarea del sujeto consistía en señalar el dibujo adecuado, con lo cual daba a entender si comprendía la construcción gramatical de la frase. En este tipo de tareas la ejecución de estos pacientes era muy pobre. La agramaticalidad que acompaña a la afasia de Broca parece alterar la capacidad

de los pacientes para utilizar información gramatical, como la acción de ordenar una serie de palabras para decodificar el significado de la frase.

La repetición está casi siempre alterada, a pesar de que varía según los casos y habitualmente es superior a la producción verbal espontánea. La denominación ante la confrontación con el objeto con frecuencia está alterada. La lectura también está alterada y la comprensión lectora puede afectarse hasta un grado similar al de la comprensión auditiva. También se afecta la escritura y los errores escritos pueden ser similares cualitativamente a los errores observados en la producción verbal.

La afasia de broca se caracteriza por:

- Habla no fluente y agramatismo.
- Comprensión más preservada que la expresión.
- Repetición muy alterada.
- Denominación alterada.
- Alteración de la lectura y escritura.
- Dificultad en los movimientos bucofaciales.

Un accidente cerebrovascular se produce cuando el suministro de sangre al cerebro se ve interrumpido. En un accidente cerebrovascular isquémico, un coágulo o masa grasa obstruye el suministro de sangre. Es el tipo más común de accidente cerebrovascular.

En un accidente cerebrovascular isquémico, partes de su cerebro se ven privadas de nutrientes y oxígeno cuando los vasos sanguíneos se bloquean. Esto daña las células cerebrales y las mismas empiezan a morir. El accidente cerebrovascular isquémico se puede producir de dos formas distintas.

Trombosis arterial. Ocurre cuando se forma un coágulo de sangre (trombo) en un vaso sanguíneo que suministra sangre a su cerebro y se bloquea dicho suministro.

Embolia cerebral. Ocurre cuando un coágulo de sangre que se formó en algún otro lado de su cuerpo (émbolo), se desplaza hacia su cerebro y bloquea el suministro de sangre.

Su cerebro controla todo lo que hace el cuerpo, incluyendo los movimientos, el habla, la visión y las emociones. Un daño en su cerebro puede afectar cualquiera de estas funciones. Después de tener un accidente cerebrovascular isquémico, aproximadamente una de cada tres personas recupera todas o la mayoría de estas funciones.

Los accidentes cerebrovasculares isquémicos son más comunes en personas mayores de 65 años de edad, pero pueden presentarse a cualquier edad.

4.1.1. Presentación del caso.

Este paciente era masculino de 72 años de edad, sin antecedentes patológicos personales y con antecedentes familiares de enfermedad vascular cerebral del tipo isquémico a edades tempranas, la misma que se presentó hace 5 años atrás, pero él no recibió terapias inmediatamente por falta de factor económico y él tenía vergüenza que la gente lo vea de esa manera. En este año en el mes de febrero él recién se decidió en ir al médico y así es como está recibiendo las terapias de lenguaje (dos hermanos antes de los 50 años y el padre a los 60 años);

El paciente vive con la esposa e hija, ellas son quienes lo cuidan ya que él no puede hacer sus actividades por sí mismo.

Acude a consulta con un cuadro súbito de hemiplejia faciobraquial derecha, afasia motora, discalculia, digrafía y dislexia.

Características:

La comprensión del lenguaje se halló limitada dentro del lenguaje conversacional. El comportamiento general del paciente fue un tanto desinhibido, con dificultades para mantener su nivel atencional y para realizar las tareas que se le presentaron.

Mediante el examen físico, prueba de las fichas, Prueba de lectura, escritura y cálculo y el test de Boston me pude dar cuenta que este paciente presentaba una parálisis del lado derecho del cuerpo con dificultad para pronunciar correctamente las palabras.

4.1.2. Ámbito De Estudio

El presente estudio de caso está enmarcado en el ámbito Social que comprende el campo ocupacional de la Terapia del Lenguaje con patología de Afasia de Broca específicamente en la insuficiencia motora en el lenguaje expresivo de origen cerebral.

4.1.3. Actores Implicados

1. Clínica La Dolorosa
2. Grupo multidisciplinario:
 - a) Terapeuta Físico,
 - b) Terapeuta de Lenguaje,
 - c) Terapeuta Ocupacional.

3. Paciente: Sr. Triviño Andrade

4. Familia

4.1.4. Identificación del Problema

En los ACV isquémicos los síntomas aparecen debido a un decremento o interrupción del flujo sanguíneo en el tejido cerebral. Esta disminución puede ser accionada por: a) trombosis, creación de una formación que interrumpe el flujo sanguíneo en el sitio mismo de su formación; b) embolismo, coágulo, burbuja de aire, grasa, o cualquier otra colección de material que taponan un vaso pequeño después de haberse transportado por el torrente circulatorio de los vasos de mayor calibre, y c) reducción en el flujo sanguíneo cerebral, debida frecuentemente al endurecimiento de las arterias (arteriosclerosis), o a la inflamación de los vasos (vasculitis).

En las observaciones tuvimos en cuenta: el lenguaje que utiliza, los usos comunicativos, el tipo de interlocutores que busca, quién inicia la interacción, cuándo, para qué y cómo se lleva a cabo, situaciones y contextos que favorecen las interacciones, y las funciones comunicativas que subyacen a las mismas. Toda esta información ha de quedar recogida mediante sistemas de registros.

VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Accidente Cerebro-Vascular

VARIABLE INDEPENDIENTE

Afasia De Broca

4.2. METODOLOGÍA

La observación como método, consiste en la utilización de los sentidos, para obtener de forma consiente y dirigida, datos que nos proporcionen elementos para nuestro caso clínico.

Durante la aplicación de la rehabilitación al paciente con ACV en Terapia de Lenguaje, Se pueden utilizar gran número de pruebas muy diversas para valorar otros aspectos como para la atención (tarjetas), la memoria (ajedrez, nomino, musicoterapia), las funciones viso espacial (imágenes con lateralidad), las praxias, las funciones ejecutivas (ejercicios orofaciales), etc.

De acuerdo a mi estudio de caso esta investigación se realizó con el método descriptivo esta es denominada investigación descriptiva, y tiene como finalidad definir, clasificar, catalogar o caracterizar el objeto de estudio Los métodos descriptivos pueden ser cualitativos o cuantitativos. Los métodos cualitativos se basan en la utilización del lenguaje verbal y no recurren a la cuantificación. Los principales métodos de la investigación descriptiva son el observacional, el de encuestas y los estudios de caso único.

Tipos de métodos

Observación:

La observación es el método general y básico del investigador, mediante este investigador u observación toma sus decisiones y saca conclusiones.

Descriptivo

La descripción consiste en llegar a conocer las situaciones, actitudes predominantes a través de la descripción exacta de actividades, objetos, procesos.

4.2.1. Lista de preguntas

¿Cuál es el objetivo de la musicoterapia para que el paciente sea capaz de activar y regular los movimientos de su cuerpo gracias a la música?

¿Cómo el logopeda debe utilizar los dibujos o las señales ambientales relacionadas a la música?

¿Cuáles son las actividades para que el paciente trabaje la articulación, la entonación y prosodia, proyección de la voz, control de la fluidez verbal, y además activar la memoria?

¿Cuáles son los tipos de música que le aplicaremos para trabajar la discriminación auditiva y la expresión del lenguaje?

4.2.2. Fuentes de información

Entrevista

Evaluación del Lenguaje

Observación clínica

4.2.3. Técnicas para la recolección de información

Para la evaluación del lenguaje.

La comprensión del lenguaje se halló limitada dentro del lenguaje conversacional. El comportamiento general del paciente fue un tanto desinhibido, con dificultades para mantener su nivel atencional y para realizar las tareas que se le presentaron.

Es decir, hemos utilizado entrevista abierta y técnicas de observación y observación participante; se recogió los discursos completos de los sujetos implicados para proceder luego a su interpretación, analizando las relaciones de significado que se producen en el espacio de estudio.

Encuesta: Técnica de adquisición de información de interés sociológico, mediante cuestionario previamente elaborado.

Entrevistas: Técnica de recopilación de información mediante conversación profesional

Preguntas abiertas: Son aquellas que dan al encuestado la posibilidad de contestar empleando sus propias palabras

Preguntas cerradas: El encuestado solo puede responder aquellos parámetros que la pregunta incida como predeterminados

Pruebas aplicadas:

Prueba de Boston para el diagnóstico de las afasias.

Prueba de las fichas.

Prueba de lectura, escritura y cálculo.

Como la técnica es indispensable en el proceso de la investigación para integrar la estructura y organizar nuestro estudio de caso, hemos pretendido:

En cuanto a nuestro estudio de caso utilizamos la técnica de campo, porque nos permitió la observación en contacto directo con el objeto de estudio, y además el acopio de testimonios que nos permitió confrontar la teoría con la práctica en la búsqueda de la verdad objetiva.

También usamos la técnica de la entrevista para recopilar la información mediante conversación profesional, con la que además de adquirirse información acerca de lo que se investigó, fue de mucha importancia para mi desde el punto de vista educativo; pues los resultados que buscamos lograr en la esta misión, dependieron en gran medida del nivel de comunicación entre mi persona y los participantes en este estudio de caso.

Otra técnica que utilizamos fue la el de las fichas como una técnica auxiliar de lo que buscamos conseguir en este estudio; nos ayudó a registrar los datos que se iban obteniendo en los instrumentos utilizados que estuvieron debidamente elaborados y ordenados para recopilar la información al ahorrarnos mucho tiempo, espacio y dinero.

4.3. DIAGNÓSTICO

Para tener un buen diagnóstico y atención médica se realizarán exámenes neurológicos complementarios también se pueden realizar otros exámenes que en la mayoría nos servirán para detectar otros trastornos, los exámenes que se realizan son los siguientes:

- ✓ Diagnóstico Investigativo: Búsqueda de información Básica: (Interrogatorio, Examen físico y análisis complementarios)
- ✓ Interrogatorio: No es fructífero, puesto que el paciente esta desorientado y afásico.
- ✓ Examen físico: Paciente despierto, desorientado en tiempo y espacio, que no se entiende lo que habla, y no puede caminar.
- ✓ Examen Físico por sistemas: Sistema Nervioso; hemiplejia faciobranquial derecha, afasia motora, discalculia, disgrafia, dislexia. El resto del examen físico se dificulta porque el paciente no coopera.
- ✓ Hipótesis: (Diagnóstico presuntivo):
- ✓ Corroborar en diagnóstico presuntivo: (Exámenes complementarios).
- ✓ Tomografía axial computarizada: imagen amplia en región frontal izquierda, compatible con accidente cerebro vascular de tipo isquémico.
- ✓ Electroencefalograma: Actividad lenta y de bajo voltaje, focalizada en regiones fronto-centrales de hemisferio derecho.
- ✓ Exámenes de sangre: Hemograma y Coagulograma básicos: negativos.
- ✓ Electrocardiograma: Negativo

En conclusión, por las características referidas en el interrogatorio, la normalidad constatada al examen físico y los resultados del estudio electroencefalográfico, pudiéramos plantear:

Como enfermedad: Cerebro-vascular isquémica de la arteria cerebral media.

5. PROPUESTA DE INTERVENCION.

5.1. Denominación de la prueba.

La Musicoterapia

5.2. Objetivos de la propuesta

El objetivo de esta propuesta es ayudar a mejorar la producción oral, y activar los mecanismos de lenguaje y habla para que ésta se produzca de una manera lo más expresiva, inteligible, prosódica y rítmicamente posible

El principal objetivo es el de mejorar la calidad de vida del paciente y de las personas que lo rodean. La rehabilitación fonoaudiológica no garantiza la cura total, pero siempre beneficiará al paciente y ayudará a la familia. En función de los déficits y necesidades de comunicación se diseñará una terapia de rehabilitación específica. Ésta será más efectiva cuanto antes se inicie. Los primeros meses luego de la lesión son muy importantes en el proceso de rehabilitación. También es muy importante la ayuda de los familiares, de todos los que rodean a esta persona.

Objetivo General

Conocer la aplicación de los diferentes elementos musicales en la intervención logopedia de los trastornos del lenguaje en el adulto.

Objetivo Especifico

- Analizar los elementos de la música que se pueden aplicar en la intervención logopeda en pacientes con retrasos del lenguaje.

- Determinar elementos de la música que se pueden aplicar en la intervención logopédica en pacientes con retrasos del lenguaje.
- Seleccionar las actividades para que el paciente trabaje la articulación, la entonación y prosodia, proyección de la voz, control de la fluidez verbal, y además activar la memoria
- Analizar los tipos de música que le aplicaremos para trabajar la discriminación auditiva y la expresión del lenguaje

La musicoterapia, es la utilización de la música con fines terapéuticos y puede abarcar múltiples campos de la rehabilitación, pero dentro de la logopedia, la música se nos presenta como una herramienta para trabajar el desarrollo del lenguaje, su recuperación o su reeducación. Como veremos después, la utilización de la música es muy positiva en este tipo de pacientes, ya que “la producción de series automáticas (contar, días de la semana, etc.) es superior a la producción en lenguaje espontáneo. A esto hay que añadir que la producción de las series automáticas con el canto ayudará a mejorar la expresión, “el canto frecuentemente mejorará la producción verbal no sólo en lenguaje automático, sino también en el repetido, evocado y en general todo tipo de expresión verbal en estos pacientes”. Se utilizan instrumentos de evaluación estandarizados, dentro de nuestro medio sociocultural, que exploren diferentes aspectos: comprensión oral y escrita, repetición, lectura, escritura, expresión oral y escrita, etc. Una vez finalizada la evaluación, se entregará un informe que incluya pautas de tratamiento. El tipo de tratamiento dependerá del paciente.

5.3. Fundamentación de la propuesta

Paciente masculino de 72 años de edad, sin antecedentes patológicos personales y con antecedentes familiares de enfermedad vascular cerebral del tipo isquémico a edades tempranas, la misma que se presentó hace 5 años atrás, pero él no recibió terapias inmediatamente por falta de factor económico y él tenía vergüenza que la gente lo vea de esa manera. En este año en el mes de enero él recién se decidió en ir al médico y así es como está recibiendo las terapias de lenguaje (dos hermanos antes de los 50 años y el padre a los 60 años)

El paciente vive con la esposa y su hija, ellas son quienes lo cuidan ya que él no puede hacer sus actividades por sí mismo.

Acude a consulta con un cuadro súbito de hemiplejia faciobraquial derecha, afasia motora, discalculia, digrafía y dislexia.

He tenido inconvenientes con el paciente al momento de la rehabilitación, ya que él se siente cohibido por su enfermedad, el siete que las personas lo van a rechazar. Por eso he optado por utilizar la Musicoterapia en el paciente para que este vaya teniendo confianza en el mismo y en sus familiares. Con los vecinos la de igual forma, aunque no hable correctamente por hemiplejia que presenta.

Según la definición de la World Federation Music Therapy, WFMT (1996) citado en Mercadal-Brotons y Martí Augé (2008, p. 5) Musicoterapia es: La utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas. Los objetivos de la musicoterapia son desarrollar el potencial y/o restaurar las funciones de la persona de manera que pueda conseguir una mejor integración intra y/o 16 interpersonal, y consecuentemente, una mejor calidad de vida, a través de la prevención rehabilitación y tratamiento.

Existen muchos campos donde la musicoterapia puede aportar funciones rehabilitadoras, y uno de estos campos está dirigido hacia el lenguaje y a su tratamiento, nuestro objeto de estudio. Esto es debido a la gran cantidad de paralelismos que existen entre la música y el lenguaje. Como indican Gómez–Ariza et al. (2000) en su artículo Cognición musical: relaciones entre música y lenguaje, “existen distintos niveles y

unidades de representación en el lenguaje (fonología, sintaxis, semántica) y podemos asumir que cada uno de ellos, como veremos en las tablas a continuación, se asemeja a los diferentes elementos musicales”.

Continuando con la explicación de Gómez-Ariza et al. (2000), el nivel fonológico del lenguaje corresponde a la unidad básica de sonido que es el fonema, y a la secuencia de esos fonemas con sentido para formar una palabra como proceso esencial para adquirir competencia lingüística, mientras que en la música ese nivel fonológico está compuesto por los sonidos más básicos, los tonos, que se caracterizan por tener una frecuencia, intensidad y timbre determinado. El nivel sintáctico en el lenguaje está formado por un conjunto de palabras que forman frases con sentido, mientras que en la música sería equiparable a las reglas por las que se rige la composición musical de una forma armónica. Finalmente el nivel semántico en el lenguaje está constituido por un conjunto de palabras que forman una frase y aportan un significado mientras que en música sería el significado que cada persona quiere dar a sucesiones de sonidos determinados que dan lugar a una melodía.

Según (Patel, Peretz, Tramo y Labreque, 1998) citado en Serrano (2011, p. 46) “El habla y la música comparten conceptos de altura, duración e intensidad haciendo que existan similitudes entre aspectos prosódicos del discurso verbal y ciertos aspectos musicales”. Esto influye de alguna manera según Serrano (2011, p. 46) en que “exista una relación entre los aspectos rítmicos y entonacionales de la lengua y las dimensiones melódicas y rítmicas de la música favoreciendo la prosodia y la estructuración sintáctica”.

. Autores anteriores como Serafine, Crowder y Repp (1984) citados por Gómez-Ariza et al. (2000) indican que con la ayuda musical, mediante la utilización de melodías muy características (como canciones recordadas por el paciente) se consiga que el paciente tenga más facilidades para la reproducción del texto mediante el canto, y por consiguiente a su posterior expresión, articulación (ya que influye en la memoria fonológica), ritmo y prosodia, voz (ya que con la ayuda melódica se influye en la mejora de la entonación y el ritmo). Este hecho está demostrado porque si quitamos la estimulación musical, la producción oral del paciente vuelve a empeorar.

Centrándonos desde un punto de vista neuropsicológico, podemos ver que existen relaciones entre el lenguaje, la música y las conexiones interhemisféricas para con nuestra patología a estudio. Según los artículos de Jordana (2007), Soria-Urios, Duque y

García (2011), Helm-Estabrooks y Albert (1994) citado por Vaquerizo (2014, p. 7) podemos extraer que:

En adultos con daño cerebral, teniendo en cuenta que en el hemisferio dominante (generalmente el izquierdo) se localizan las funciones del lenguaje excepto la prosodia, y que la música utiliza ambos hemisferios y comparte algunas zonas cerebrales con el lenguaje, al trabajar con elementos musicales se pretende conseguir que el hemisferio no dominante asuma las funciones dañadas y así puedan recuperarse.

Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 255) hacen una referencia sobre esto indicando que: Es improbable que el hemisferio derecho intacto, no dominante en el lenguaje, comience súbitamente a hablar por sí mismo. En lugar de esto partimos de la conjetura de que la dominancia del hemisferio derecho para los aspectos melódicos del habla, facilitará la recuperación de las capacidades verbales residuales del hemisferio izquierdo. Éste es el punto clave de nuestro trabajo, donde a partir de esta teoría se desarrollan diferentes técnicas, como la terapia de entonación melódica (TEM), la más conocida para el tratamiento de la afasia. Según Soria-Urios, Duque y García (2011, p 741) “Esta terapia consiste en enseñar al paciente a cantar las palabras o frases con melodías simples intentando implicar al hemisferio derecho en la producción del habla”. De esta terapia hablaremos a continuación.

Metodología de la rehabilitación afásica con ayuda musical.

Después de lo analizado en la fundamentación teórica, podemos extraer que la utilización de la música como una parte más del tratamiento logopédico de los trastornos afásicos tiene como objetivo ayudar a mejorar la producción oral, y activar los mecanismos de lenguaje y habla para que ésta se produzca de una manera lo más expresiva, inteligible, prosódica y rítmicamente posible. A continuación expondremos la metodología utilizada para las distintas técnicas y actividades de las que se compone este trabajo.

Terapia de entonación melódica. Helm-Estabrooks y Albert (1994, pp. 252-268) en el Manual de la afasia y terapia de la afasia y Peña-Casanova (1984, pp. 173-180) en la Guía de intervención logopédica en afasias explican así el programa de la Terapia de Entonación Melódica (TEM).

Según Peña- Casanova (1984, pp. 173-174) la terapia de entonación melódica es una de las terapias más utilizadas desde hace algunos años para la rehabilitación de funciones

cerebrales implicadas en el lenguaje. Esta terapia tiene en cuenta el hecho de que muchas personas afásicas conservan la capacidad de cantar palabras y frases a pesar de que presenten importantes déficits en el habla. Fue creada en 1976 por Sparks y Cols con el intento de estimular el lenguaje expresivo de afásicos no fluentes muy graves. Este método consiste en la gradual ejercitación, en longitud y dificultad, de tareas melódicas y rítmicas.

Según Ardila (2005, pp. 289-290) Esta terapia consiste en entrenar a los pacientes afásicos a llevar el ritmo de las frases orales, a medida que éstas son entonadas por el logopeda, y posteriormente el paciente intenta producir la frase a partir de que mantiene el ritmo y la entonación. A medida que la terapia progresa el logopeda va eliminando la estimulación y el paciente puede eventualmente suspender el ritmo si mantiene la entonación. La idea de usar el canto como método terapéutico surgió a partir de las observaciones de que determinados afásicos no fluentes eran capaces de cantar y decir palabras en el contexto de una canción.

Sin embargo, esta técnica no está dirigida a todos los afásicos ya que según Ardila (2005, p. 290) se ha demostrado que la terapia melódico-entonacional sólo es útil en un grupo limitado de pacientes afásicos, específicamente pacientes con defectos importantes en la producción, pobre agilidad verbal, comprensión auditiva relativamente conservada y pobre repetición (esencialmente, pacientes con afasia de Broca). No ha tenido éxito, sin embargo, en pacientes con afasia de Wernicke.

Peña-Casanova (1984, p. 174), indica además que en todas las frases entonadas, el logopeda da una palmada a la mano izquierda del paciente, una vez para cada sílaba para que el paciente lleve el ritmo y según Soria-Urios, Duque y García (2011, p. 741) además este proceso también se realiza ya que: Es muy importante que el paciente a su vez haga reproducciones ‘internas’, para sí mismo, de manera que esto lo ayude a corregir la secuencia motora para la articulación de palabras, junto con el entrenamiento en el feedback auditivomotor, con el que el paciente será capaz de reconocer sus propios errores y así modificar su articulación. Como hemos visto, mediante la entonación y el ritmo vamos a implicar al hemisferio derecho de forma auditiva y sensoriomotora, lo cual ayudará al paciente a mejorar su producción silábica, ya que sabemos que el hemisferio derecho también posee potencial lingüístico.

Para aplicar la prueba es necesario preparar previamente los estímulos que se van a utilizar, según Peña-Casanova (1984, pp. 174-176) estos estímulos deben ser: Palabras

de alta probabilidad (como mínimo de dos sílabas) y oraciones considerando la dificultad articulatoria y el número de sílabas y evitando los grupos consonánticos. Los mejores estímulos iniciales son sílabas visualizables (como las bilabiales) y las frases imperativas. También se usan los nombres de familiares y palabras necesarias en la comunicación del paciente.

Cada ítem (palabra, frase) debe presentarse acompañado de figuras o datos que incrementen su valor. Las perseveraciones deben evitarse alternando los estímulos.

Cada ítem debe presentarse con una entonación lenta y constante usando los tonos altos o bajos, y el acento y los patrones rítmicos propios de la lengua normal. El logopeda se sienta delante del paciente para que este pueda observar los movimientos articulatorios. El logopeda toma la mano izquierda del paciente con su mano derecha y da un golpe de voz que entona una sílaba; la mano izquierda la usa para indicar al paciente cuándo ha de escuchar y cuándo ha de entonar.

Práctica rehabilitadora afásica musical.

A continuación, vamos a proponer una serie de actividades con música que incluiríamos dentro de las sesiones de rehabilitación afásica.

Estimulación sensorial con música.

Si lo trabajamos de forma activa le iremos indicando al paciente los siguientes movimientos y él los realizará, también le preguntamos cosas para que vaya hablando.

- Movemos los pies y las piernas, primero la derecha y luego la izquierda.
- Giramos las muñecas de derecha a izquierda y de arriba a abajo, mostramos las palmas, y a continuación el dorso y finalmente cerramos y abrimos la mano.
- Movemos el brazo derecho e izquierdo hacia arriba, primero uno y luego el otro, mostramos las palmas, y a continuación el dorso y finalmente cerramos y abrimos la mano. (en este caso solo lo haremos con un brazo izquierdo ya que presenta parálisis del lado derecho con dificultad para realizar correctamente las actividades y pronunciar palabras)
- Rotamos la cabeza girando el cuello.

- Finalmente tendremos que ir notando al paciente mucho más dispuesto para trabajar y mucho más contento. Dirigida a afásicos que tengan patologías secundarias como hemiparesias, apraxias, debilidad muscular así que este tipo de ejercicio estaría más dirigido a afasia de tipo Broca, Conducción y Global.

- ✓ Canciones de series lógicas.
- ✓ Tarareo.
- ✓ Entonación al unísono con apagado
- ✓ Repetición inmediata
- ✓ Respuesta a una pregunta de prueba:
- ✓ Introducción al estímulo:
- ✓ Repetición con pausa:
- ✓ Respuesta a una pregunta de prueba:
- ✓ Repetición diferida:
- ✓ Cantar canciones famosas de la época del paciente.
- ✓ ¿qué nos transmite esta canción?
- ✓ Canciones temáticas.
- ✓ Rellenar con palabras los huecos de una canción.
- ✓ Comprensión musical y articular cuál es el instrumento.
- ✓ Adivinar el cantante.
- ✓ ¿qué te parece esta música?
- ✓ Dibujando la música.

En este planteamiento de la propuesta el objetivo es ayudar a mejorar la producción oral, y activar los mecanismos de lenguaje y habla para que ésta se produzca de una manera lo más expresiva, inteligible, prosódica y rítmicamente posible

El principal objetivo es el de mejorar la calidad de vida del paciente y de las personas que lo rodean. La rehabilitación fonoaudiológica no garantiza la cura total, pero siempre beneficiará al paciente y ayudará a la familia.

5.4. Planteamiento de la propuesta.

5.4.1. Actividades y tareas

OBJETIVA ESPECIFICO	ACTIVIDAD VINCULADA	TAREAS A DESARROLLAR
Analizar los elementos de la música que se pueden aplicar en la intervención logopedia en pacientes con retrasos del lenguaje	Estimular las áreas del lenguaje y corporales.	<p>Se utilizará una canción para trabajar la estimulación sensorial el cual durante el resto de la sesión permitirá que el paciente responda de manera eficaz a las actividades. El objetivo es estimular y regular los movimientos de su cuerpo con la ayuda de sonidos musicales.</p> <p>Si realizamos el trabajo de forma pasiva con golpes de ritmo en los brazos, según la música, iremos incitando las partes del cuerpo, continuamente se ira implementando preguntas con la que ayudaremos a estimular el lenguaje.</p> <p>MATERIALES: Canción estimulante.</p>
Determinar elementos de la música que se pueden aplicar en la intervención logopedia en	Estimular la discriminación auditiva y entonación.	<p>El logopeda, solo pronunciará de forma entonada la palabra o frase dos veces, acompañada por sonidos. En esta etapa de la sesión se utilizará dibujos o señales ambientales relacionadas a los elementos de la música que implementamos.</p> <p>Cuando el paciente consigue una</p>

<p>pacientes con retrasos del lenguaje.</p>		<p>repetición exitosa, el logopeda inmediatamente debe entonar una pregunta apropiada para la situación (por ejemplo. “¿Qué acabas de decir?”). En esta parte del tratamiento la música que escucha el paciente no se acompañará de golpes, el logopeda la único que incitará es la entonación de la pregunta que él realiza.</p> <p>MATERIALES:</p> <p>Tarjetas</p> <p>Música</p>
<p>Seleccionar las actividades para que el paciente trabaje la articulación, la entonación, prosodia, proyección de voz, control de la fluidez verbal y activar la memoria</p>	<p>Estimular la articulación, la entonación, la memoria y la prosodia,</p>	<p>Para realizar esta actividad el logopeda debe de partir de los gustos musicales del paciente, interpretando una canción con que él se sienta identificado la cual hemos podido conocer a lo largo de las sesiones, seguidamente se interpretara a dúo la canción seleccionada para motivarlo en el trabajo. Esta actividad podemos realizarla de forma activa y pasiva, donde el paciente primero escucha la canción y después la canta o directamente la canta.</p> <p>Con esta actividad trabajara la articulación, la entonación y prosodia, proyección de la voz, control de la fluidez verbal, además con esto activaremos la memoria. Dirigida a afásicos de Broca, Conducción y Global ya que mejorara la articulación, la entonación, la</p>

		proyección de la voz, y la prosodia.
Analizar los tipos de música que le aplicaremos para trabajar la discriminación auditiva y la expresión del lenguaje.	Estimular la discriminación auditiva y la expresión del lenguaje.	Mediante tres tipos de música, una música agradable, una música desagradable, y ruido, el logopeda se los pone al paciente y él tiene que interpretarlos, escuchando y diferenciando los sonidos. Luego podemos preguntarle qué sensaciones ha sentido y dejamos que él nos las cuente. Con esta actividad trabajamos la discriminación auditiva y la expresión del lenguaje.

6. BIBLIOGRAFIA

Juan, I., Maria, C., Marina, R., Liliana, P., y Edgardo C. (2007) Accidente cerebrovascular isquémico en mayores de 80 años. Servicio de Neurología, Hospital Italiano, Buenos Aires

Luis, F., Pascual, M., y Teresa, F. (s.f). Tipología clínico topográfica. (En línea). EC. Consultado, 08 de Mar. 2017. Formato PDF. Disponible en www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/4_afasias.pdf

Rafael, G., Lilian, T., (s.f). Diagnóstico diferencial de las afasias. (En línea). EC. Consultado, 08 de Mar. 2017. Formato PDF. Disponible en repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/.../Guia_Docente_Afasia_2007.pdf?...1

Sergio, P. (2015). (En línea). EC. Consultado, 28 de Feb. 2017. Formato PDF. Disponible en <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14373/1/TFG-M-L387.pdf>

Raul. V., Amparo, M., (s.f). Diagnóstico diferencial de las afasias. (En línea). EC. Consultado, 24 de Feb. 2017. Formato PDF. Disponible en www.afasie.nl/aphasia/pdf/10/brochure1.pdf

Daniel.A., Silvia.,T., (s.f). Afasia. (En línea). EC. Consultado 25 de Feb. 2017. Formato PDF. Disponible en <https://esther1973.files.wordpress.com/2010/07/afasia-definicion-y-clasificacion.pdf>

J., M., Vendrell., (s.f). Las Afasias. (En línea). EC Consultado 20 de feb 2017. Formato PDF. Disponible en <https://pdfs.semanticscholar.org/965a/a6659b2ddb733e3a4d0134e864ff62f22f7f.pdf>

Abraham., A , Carlos., S., (S.F) (En línea). EC Consultado 15 de feb 2017. Formato PDF. Disponible en www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Enfermedad%20cerebrovascular.pdf

Organización., Mundial., de, la Salud.,(sf) (En línea). EC Consultado 19 de feb 2017. Formato PDF. Disponible en http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/

1.

Patel, Peretz, Tramo y Labreque, (1998) (En línea). EC. Consultado 23 de feb 2017. Formato PDF. Disponible en <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14373/1/TFG-M-L387.pdf>

7. ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2



ANEXO 3



TEST DE VOCABULARIO DE BOSTON

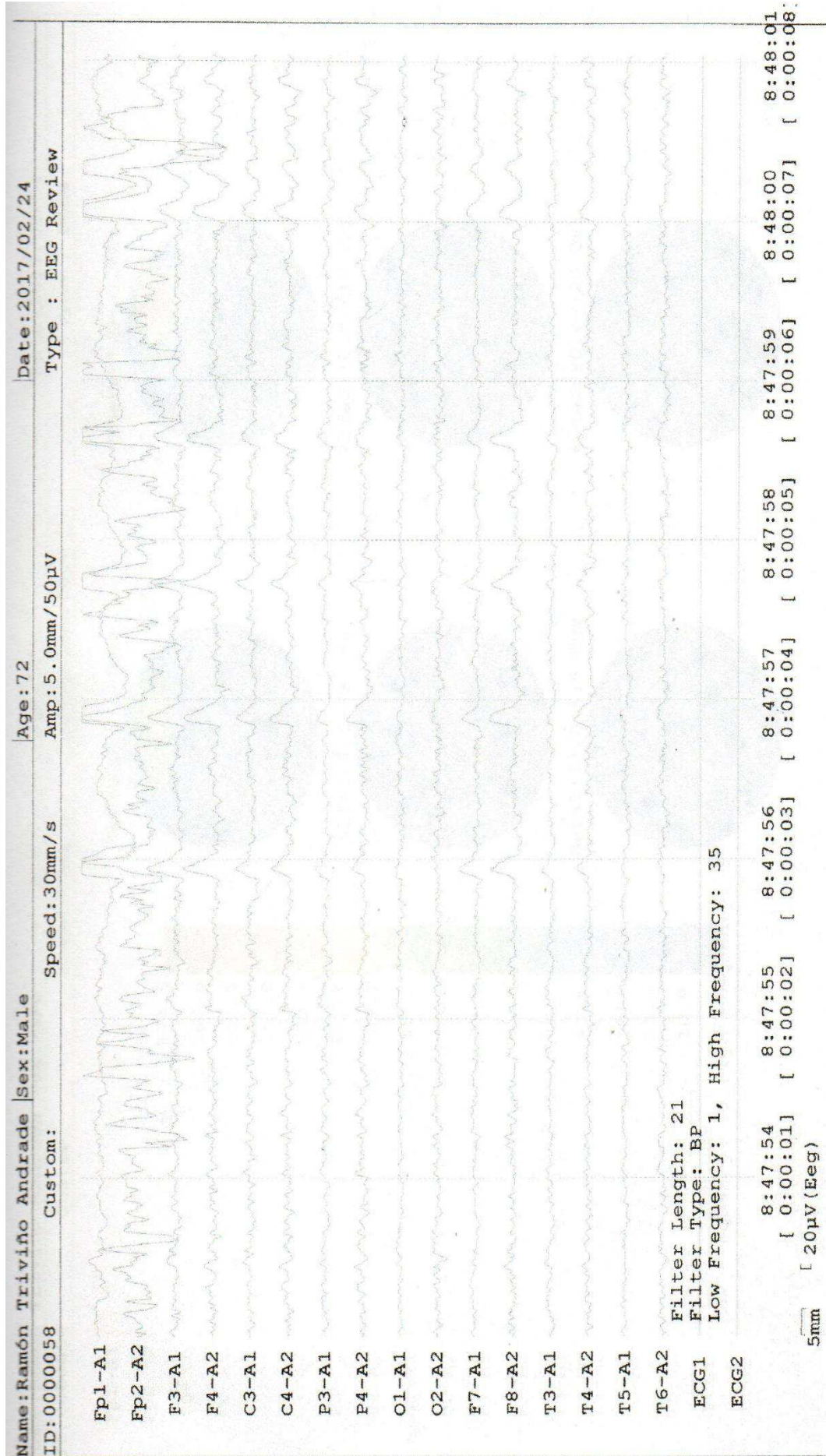
Nombre y Apellido:

Nº Hª:

Fecha:

LAMINA		Correcto sin clave	Latencia	Clave semántica		Clave fonética	
				SI	NO	SI	NO
1	Cama (un mueble)						
2	Árbol (crece en el campo)						
3	Lápiz (Sirve para escribir)						
4	Casa (un tipo de construcción)						
5	Reloj (sirve para mirar la hora)						
6	Tijeras (sirve para cortar)						
7	Peine (sirve para arreglarse el pelo)						
8	Flor (crece en un jardín)						
9	Martillo (lo usa el carpintero)						
10	Sacapuntas (sirve para afilar)						
11	Helicóptero (sirve para viajar por el aire)						
12	Escoba (sirve para limpiar)						
13	Pulpo (un animal que vive en el mar)						
14	Zanahoria (algo para comer)						
15	Percha (se encuentra en un armario)						
16	Termómetro (sirve para tomar la temperatura)						
17	Camello (es un animal)						
18	Máscara (parte de un disfraz)						
19	Magdalena (algo para comer)						
20	Banco (sirve para sentarse)						
21	Raqueta (se utiliza en un deporte)						
22	Caracol (un animal)						
23	Volcán (un tipo de montaña)						
24	Pez espada (un animal que vive en el mar)						
25	Dardo (sirve para arrojar)						
26	Canoa (se usa en el agua)						
27	Globo (un tipo de mapa)						
28	Corona (la usan los reyes)						

ANEXO 4



ANEXO 6

