

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI



TEMA:

La intervención logopédica en casos con afasia de broca desde la psicolingüística cognitiva.

AUTORAS:

Escobar Campuzano Brigitte Alexandra

Quijije Puentes María Monserrate

Facultad de ciencias médicas

Carrera Terapia de Lenguaje

Manta ,24 de julio de 2018

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Terapia de Lenguaje de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 400 horas, bajo la modalidad de proyecto investigativo, cuyo tema del proyecto es: **La intervención logopédica en casos con afasia de broca desde la psicolingüística cognitiva**, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde a las señoritas: **Escobar Campuzano Brigitte Escobar y Quijije Puentes María Monserrate** estudiantes de la carrera de Terapia de lenguaje, período académico 2018 quienes se encuentran aptas para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 26 de junio de 2018.

Lo certifico,

Dra. Auxiliadora Mendoza Cevallos. PHD
Docente Tutor

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el proyecto investigativo, sobre el tema “**LA INTERVENCION LOGOPÉDICA EN CASOS CON AFASIA DE BROCA, DESDE LA PSICOLINGÜÍSTICA COGNITVA**” perteneciente a: **ESCOBAR CAMPUZANO BRIGGITTE ALEXANDRA Y QUIJIJE PUENTES MARÍA** Monserrate, para la Licenciatura en Terapia de Lenguaje.

Manta, Julio 2018

.....

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

.....

CALIFICACIÓN

.....

MIEMBRO DEL TRIBUNAL 1

.....

CALIFICACIÓN

.....

MIEMBRO DEL TRIBUNAL 2

.....

CALIFICACIÓN

.....

SECRETARIA

DEDICATORIA

El siguiente trabajo de investigación va dedicado a Dios por ser el pilar fundamental de la vida y la salud, a mi madre Aleyda Puentes Zambrano por ser la base en la que pude sostenerme a lo largo de estos años, por inspirarme y guiarme para ser un mejor ser humano cada día, a mi padre que me acompaña día a día espiritualmente, a mi tía Juana por apoyarme siempre que lo necesito, a mis tías y tíos, primos/as maternos, a mi prima Julissa por aconsejarme y ayudarme cuando lo necesito. Todos ellos influyeron motivándome diariamente para poder terminar cada una de las metas que me he planteado.

A mi compañera y amiga de proyecto que siempre tuvo la disponibilidad y entrega para realizar y culminar con éxito nuestro proyecto.

María Monserrate Quijije Puente

DEDICATORIA

El siguiente proyecto de investigación se lo quiero dedicar con las palabras más sinceras a Dios padre por ser quien me presta vida, salud, valor y sabiduría para seguir adelante día con día y en quien pienso siempre que pasa algo bueno o malo en mi vida, a mis padres por ser lo seres que me han apoyado en los diferentes aspectos necesarios para culminar mi carrera universitaria, por sus consejos y por incentivarme siempre a ir por el camino del bien, a mi adorado sobrino que llego a hacer mi vida más feliz y muy especialmente va dedicado a mi Abuelo materno por ser desde hace unos meses un Ángel que me guía desde el cielo.

A mi compañera y amiga de proyecto que siempre tuvo la disponibilidad y entrega para realizar y culminar con éxito nuestro proyecto.

Y por último a una persona que significa mucho en mi vida y que siempre desde la distancia me ofreció su apoyo moral incondicional para que siguiera adelante con todas mis metas propuestas.

Brigitte Alexandra Escobar Campuzano

AGRADECIMIENTO

El ser agradecido es una de las acciones que deberían estar siempre presentes en nuestra vida cotidiana, es por ello que deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a las diferentes entidades públicas que nos recibieron a lo largo de estos años para realizar nuestras prácticas.

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí por ser nuestra alma mater durante estos cinco últimos años de estudio y realización de metas.

A la Facultad de Ciencias Médicas y a todas las personas que son y fueron parte la carrera de Terapia de Lenguaje quienes se convirtieron en nuestras guías y familia durante los años de estudio.

A nuestra Tutora de Proyecto de Investigación, Dra. Auxiliadora Mendoza Cevallos PHD, que con sus conocimientos y paciencia nos guío para la culminación satisfactoria de este proyecto.

Autoras del proyecto de investigación.

RECONOCIMIENTO.

Expresamos que el actual proyecto de investigación cuyo título es: La intervención logopédica en casos con afasia de broca desde la psicolingüística cognitiva, pertenece a: Escobar Campuzano Brigitte Alexandra y Quijije Puentes María Monserrate, es original con sus respectivas evidencias mismas que se muestran a los miembros del tribunal de la facultad de Ciencias Médicas, carrera Terapia de Lenguaje de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, el contenido de esta investigación es único debido a nuestros conocimientos expuestos sobre el tema, usando de igual manera párrafos de información de trabajos existentes basados en la línea de investigación que hemos llevado.

Escobar Campuzano Brigitte

CI: 135018734-8

Quijije Puentes María

CI: 131453474-2

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	I
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.	II
DEDICATORIA	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RECONOCIMIENTO.	VI
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema.	4
Problema científico:	4
Objeto de investigación	4
Campo de acción:	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos:	5
Hipótesis	5
Diseño metodológico.	5
Población	7
Muestra	7
CAPÍTULO I	8
1. Marco teórico	8
1.1 La afasia. Definición.	8
1.2 Clasificación de la afasia de Broca.	9
1.3 Causas	9
1.4 Características de la afasia de Broca.	11
1.5 Alteraciones neurológicas y cognitivas asociadas a la afasia de Broca	12
1.6 Exploración en las afasias.	13
1.7 La intervención en pacientes con afasia de Broca.	15
2. Estudio de campo	19
2.1 Metodología empleada en el desarrollo de la investigación	19
2.2 Ciclos del proceso investigativo	19
2.3 Evaluación de los resultados.	21

CAPÍTULO III.....	49
3. Estrategia de intervención logopédica para un paciente con afasia de broca.	49
3.1 Objetivos.....	49
3.1.1 Objetivo general de la intervención logopédica:.....	49
3.1.2 Objetivos específicos.....	49
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA.....	56
ANEXOS.....	58

RESUMEN

El trabajo investigativo que se presentó recogió el resultado de un estudio realizado sobre la intervención logopédica a través de la psicolingüística cognitiva a pacientes con afasia de Broca. El enfoque utilizado responde a la investigación cualitativa desde la investigación – acción – participación, el mismo que transitó por tres ciclos.

En la caracterización de la situación problemática y en la profundización en el proceso y en los sujetos con afasia de Broca se emplearon diferentes métodos y técnicas dentro de las que se destacan el análisis y síntesis, el inductivo – deductivo, las técnicas de exploración logopédica, la observación, la modelación, test y la encuesta.

Para solucionar el problema que se planteó sobre cómo estructurar el proceso de intervención logopédica a través de la rehabilitación psicolingüística cognitiva en pacientes con afasia de Broca, pertenecientes al centro de salud tipo C Chone – Flavio Alfaro, que posibilite su mejoría en el lenguaje oral, se propuso una estrategia de intervención logopédica. La cual se estructuró en un objetivo general, los objetivos específicos y las tareas a ejecutar. La puesta en práctica de la misma reveló resultados sobre su calidad.

ABSTRACT

The research presented here includes the results of a study conducted on logopedic intervention through cognitive psycholinguistics in patients with aphasia. The research approach responds to qualitative research from the research - action - participation, it transits through three cycles.

In the characterization of the problematic situation and in the deepening in the process and in the subjects with Broca 's aphasia, different methods and techniques are used, among which are the analysis and synthesis, the inductive - deductive, the logopedic exploration techniques, the observation, the modeling, the test and the survey.

To solve the problem raised on how to structure the process of speech therapy intervention through cognitive psycholinguistic rehabilitation in patients with Broca's aphasia, belonging to the Chone-Flavio Alfaro type C health center, which enables its rehabilitation, a logopedic intervention strategy is proposed. . This is structured in a general objective, the specific objectives and the tasks to be executed. From this perspective, a system of tasks is proposed to intervene in the difficulties encountered in subjects with Broca's aphasia. The implementation of the same reveals results about its quality.

INTRODUCCIÓN

La Afasia, considerada como una de las patologías más comunes en la población adulta, puede presentarse en personas de todas las edades, grupos sociales y sexos. Entre las causas más frecuentes de la afasia se identifican: accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, tumores, infecciones, enfermedades degenerativas y metabólicas. Según la National Aphasia Association, la afasia, afecta alrededor de 2 millones de personas en los Estados Unidos. Sin embargo, el término “afasia” es desconocido para la mayoría de los estadounidenses.

El grupo de investigación de la Universidad de Málaga (UMA) sobre Neurociencia y Lenguaje, señala que la afasia adquirida por daño cerebral o ictus, es un trastorno que lo padecen más de 300.000 personas en España.

En el Ecuador el 6,5% de la población total corresponde a personas con afasia, de acuerdo al último censo del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y se estima que para el año 2050 esta cifra aumentara a 18%, por lo que el volumen de casos es significativo y justifica la rehabilitación como vía de alcanzar una mejor calidad de vida.

La complejidad del cuadro afásico en los pacientes se valora por los problemas en el desarrollo de las habilidades comunicativas básicas tales como: escribir, escuchar, leer y hablar, como consecuencia de lesiones localizadas en el hemisferio izquierdo, en el cual se despliega el sistema de procesamiento lingüístico para que se configuren las funciones del lenguaje, la audición, los procesos léxicos, los procesos semánticos, la producción oral, la conceptualización, la lexicalización, los pasos articulatorios, la repetición, la lectura, la escritura, los procesos motores, el procesamiento y la comprensión de la oración; como también, el funcionamiento del proceso lingüístico. Todo ello implica una valoración exhaustiva para la conformación del proceso de rehabilitación que responda a las problemáticas presente en cada sujeto. Es ante esta situación que cobra vital importancia la incorporación del terapeuta del

lenguaje al equipo multidisciplinario que atiende al paciente afásico, con el fin de ayudar al proceso de rehabilitación.

La afasia es considerada como el síndrome que es objeto de estudio de al menos tres grupos de profesionales: neuropsicólogos, neurólogos y terapeutas del lenguaje. Por su alta prevalencia y por la variedad de síntomas presentes hace que se focalice la atención en los sujetos que la padecen.

Al momento de la búsqueda de teorías sobre un estudio que se haya realizado en el Ecuador no se encontró ni uno que se base en la rehabilitación de la afasia de Broca desde la psicolingüística cognitiva. Es por ello que la principal causa de esta investigación sea dicha técnica de rehabilitación para establecer una pauta a futuras investigaciones.

La afasia constituye un síndrome complejo en el que se alteran no sólo todas las formas del lenguaje (oral y escrito), sino todas las esferas de la vida psíquica (cognoscitiva, volitiva, afectivo-emocional y la personalidad) del paciente. Si se parte de que el lenguaje se incluye en la acción humana de manera diversa, y ocupa en ella lugares diferentes de acuerdo a los objetivos conscientes de la actividad, su alteración afectará, todos los aspectos sociales de la persona. (Tsvetkova, 1985)

Un reto para los terapeutas del lenguaje en la intervención a los pacientes con afasia de Broca está en la selección de métodos y vías que favorezcan la neurorehabilitación, que propicien el empleo de aquellas formas de lenguaje conservadas y la estimulación de áreas cerebrales indemnes para compensar las afectaciones en la comunicación. Es a partir de estos criterios que se proyecta la recuperación funcional después de un ictus, tanto de la rehabilitación del movimiento como de la recuperación del lenguaje.

El terapeuta del lenguaje como rehabilitador de las habilidades lingüísticas para la comunicación, tiene la responsabilidad de concebir la interacción terapeuta – paciente, terapeuta – familia y familia – paciente con tal coherencia que propicie el desarrollo de respuestas de los mecanismos cerebrales con el fin de conseguir la mejoría máxima en cada paciente. Un estudio en profundidad de esta materia permitiría realizar una intervención específica a cada paciente adaptándolo a sus

necesidades, implementando como terapia la técnica de rehabilitación psicolingüística cognitiva.

A partir de considerar las afectaciones que provoca la afasia en las personas que la padecen, las que pueden llegar a ser incapacitantes y, considerando que estos pacientes son sujetos de derecho y de deberes nos remitimos a la Constitución de la República de Ecuador, en ella se enfatiza en sus artículos en la protección de las personas con discapacidades y el derecho que tienen a la inclusión social.

Se regula en el **Art. 47.-** El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconoce a la persona con discapacidad, los derechos a la atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida y la rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

En el **Art. 48.-** El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren la inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica.

La presente investigación responde también a los objetivos de Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, elaborado por la SENPLADES, donde se definió políticas, estrategias, programas y proyectos que debe ejecutar cada sector gubernamental y que trata de integrar a todos, los sectores en un objetivo compartido y una respuesta conjunta para reducir brechas de inequidad y mejora la calidad de vida de pueblo ecuatoriano, basado en un enfoque de derechos, inclusión y cohesión social, 'fortaleciendo las capacidades y potencialidades de la ciudadanía' y 'auspiciando la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad'.

Política 2.8. Garantizar la atención especializada durante el ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, en todo el territorio nacional, con corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia.

Planteamiento del problema.

El presente estudio proyecta cómo concebir la atención priorizada a los ciudadanos, desde los servicios públicos de salud en el área de Terapia del Lenguaje, considerando la inclusión de personas vulnerables por las afectaciones en la comunicación.

En el estudio se valora la intervención logopédica que se realiza en el centro de salud tipo C Chone – Flavio Alfaro; en él que se emplearon diferentes métodos y técnicas, tales como la observación participante, la entrevista, test y la revisión de documentos que permiten identificar determinadas situaciones que afectan la calidad del servicio que se ofrece. Esta se considera como la situación problemática que genera la investigación, y se destaca:

- Demora en la rehabilitación de los casos con afasia de Broca por el empleo rutinario de las mismas técnicas y el pobre control de los resultados que se ofrecen.
- Falta de actualización del personal en el empleo de técnicas de base neuropsicológicas y psicolingüísticas que propicien la rehabilitación funcional del paciente con afasia de Broca.
- Escasas acciones dirigidas a la investigación científica de la rehabilitación del lenguaje en pacientes con afasia de Broca.

Problema científico:

¿Cómo estructurar el proceso de intervención logopédica en pacientes con afasia de Broca pertenecientes al centro de salud tipo C Chone – Flavio Alfaro a través de la rehabilitación psicolingüística cognitiva, que posibilite su rehabilitación?

Objeto de investigación: El desarrollo de intervención logopédica en pacientes con afasia de Broca.

Campo de acción: Rehabilitación psicolingüística cognitiva en la afasia de Broca.

Objetivos:

Objetivo general: Formular un plan de intervención logopédica con la rehabilitación psicolingüística cognitiva para pacientes con afasia de Broca que permitan establecer una guía para los servicios de rehabilitación en el área de terapia del lenguaje.

Objetivos específicos:

1. Establecer las diferentes fortalezas y debilidades en los pacientes con afasia de Broca.
2. Programar la estrategia de intervención de la terapia de lenguaje mediante la técnica de la psicolingüística cognitiva.
3. Aplicar el plan de intervención mediante la técnica de la psicolingüística cognitiva en los pacientes con afasia de Broca.
4. Evaluar los resultados obtenidos con la aplicación del plan de intervención logopédico.

Hipótesis.

La rehabilitación en pacientes con afasia de Broca desde la psicolingüística cognitiva, tiene resultados positivos cuando es aplicada de manera correcta, ya que potenciará el proceso de recuperación e interacción social.

Diseño metodológico.

Para la ejecución de la investigación se emplean diferentes métodos del nivel teórico y empírico, dentro de ellos se encuentran:

Del nivel teórico:

- **Análisis-síntesis:** permite recoger información relacionadas con los postulados teóricos y metodológicos del tema que se investiga, la integración y la fundamentación respectiva de lo general a lo particular y viceversa, así como en todo el proceso de investigación.
- **Inducción – deducción:** En la determinación de las características que reflejan los pacientes para la identificación de las áreas afectadas y las necesidades de ayuda logopédica en la afasia de Broca.
- **Modelación:** en la conformación de la estrategia de intervención, así como para estructurar las diferentes partes de la investigación, de modo que se logre transformar la situación actual al estado deseado.

Del nivel empírico:

- **Observación:** que estará presente en todo el proceso de investigación para la caracterización del lenguaje y las particularidades en general de los pacientes con afasia de Broca; así como para valorar la efectividad de las acciones que conforman la estrategia de intervención.
- **Entrevista:** para conocer sobre las particularidades del proceso atención de logopédica a estos pacientes y recopilar los puntos de vistas sobre el accionar del Terapeuta del Lenguaje.
- **Análisis de documentos:** se utilizó para profundizar en el estudio de la historia clínica y de los resultados de los estudios neurológicos que permitieron el diagnóstico de la afasia en los pacientes.
- **Técnicas de exploración logopédica:** para determinar las características del lenguaje y la repercusión en la personalidad del paciente con afasia de Broca.

Población y muestra.

Población: La población escogida para realizar este proyecto de investigación son diez pacientes con afasia de Broca que asisten al área de terapia de lenguaje del Centro de Salud tipo C Chone-Flavio Alfaro.

Muestra: De un total de diez pacientes afásicos se seleccionan seis con afasia de Broca. El criterio de inclusión fue tener afasia de tipo Broca.

Variables.

Definición de la variable: El sistema de acciones intencionadas en las que se estimulan la restructuración de los procesos implicados en la producción y comprensión del lenguaje oral y escrito y se atenúen las afectaciones en la cognición y la personalidad de los pacientes.

Variable dependiente: La atención logopédica a pacientes con afasia de Broca.

Variable independiente: Sesiones de intervención logopédica con las técnicas de rehabilitación psicolingüística cognitiva en la Afasia de Broca.

CAPÍTULO I

1. Marco teórico

1.1 La afasia. Definición.

Afasia se define como “una pérdida o trastorno en el lenguaje causada por un daño cerebral” Es decir que las personas que la padecen como consecuencia de un daño cerebral ocasionado por un ictus o accidentes cerebro vasculares, se ven imposibilitados a la hora de comunicarse ya sea de forma verbal o escrita. (Benson, 1979).

El termino Afasia engloba todos los mecanismos en los que esté implicado el lenguaje y la comunicación, así lo afirman Gonzales Lázaro y Gonzales Ortuño (2012)

Desde el punto de vista neurológico, la afasia es considerada como una alteración del lenguaje a causa de una lesión cerebral.

Desde el punto de vista lingüístico, una alteración en la cual pueden afectarse de manera selectiva los diferentes niveles de descripción lingüística: fonético, fonológico, morfológico, lexical, sintáctico, pragmático, discursivo y semántico, tanto en la expresión como en la comprensión, en las modalidades oral y escrita. Las alteraciones se agrupan de diversas maneras para dar lugar a los diferentes tipos de afasias.

Por lo tanto, la afasia es la incapacidad para utilizar el lenguaje, lo que conduce a un déficit en la comunicación verbal que resulta del daño cerebral que se caracteriza por errores en la producción del lenguaje como parafasias, fallos en la comprensión y dificultades para hallar palabras denominada anomia

Todo esto a consecuencia de una lesión en el área cerebral que ejecuta la expresión del lenguaje (Área de Broca) y repercute en la comunicación del paciente. (Ardilla, 2005).

1.2 Clasificación de la afasia de Broca.

A lo largo de la historia de la afasiología se han empleado diferentes criterios para clasificar a la afasia, para esta investigación se emplean los criterios anatómicos y neurolingüísticos pues orientan al investigador desde la relación estructura - función, cuestión esencial para comprender al síndrome afásico.

Criterio anatómico la clasifican como **afasias Perisilvianas**. “La afasia de Broca se produce por una lesión extensa que afecta la región suprasilviana, prerrolandica, frontolateral del hemisferio izquierdo (Área de Broca)”. Fernández Guinea y López – Higes (2005, p. 39)

La afasia se caracteriza por un defecto importante en el lenguaje repetitivo y por una localización de la lesión alrededor de la cisura de Silvio del hemisferio izquierdo. *Las personas que la padecen se caracterizan por un lenguaje expresivo no fluido, pobremente articulado, con expresiones cortas y agramaticales, y dificultades en la repetición. También presentan grandes dificultades para la lectura en voz alta y la escritura está seriamente alterada.* (Benson y Ardila, 1996)

El examen neurológico muestra en la mayoría de los casos algún grado de hemiparesia derecha y en casos extremos una hemiplejía.

Criterio neuropsicológico Según Luria la clasifica a partir de análisis del nivel del lenguaje alterado en cada forma particular de afasia. A este tipo de afasia la denomina como motora eferente o cinética, en ella se afecta la realización de los movimientos finos requeridos y la secuenciación de los elementos para hablar. (Luria, A. 1973)

1.3 Causas

Dentro de las principales causas que producen una Afasia de Broca se encuentran la siguiente clasificación. (Ardilla, 2005)

1.3.1 Accidentes cerebro vascular.

Unas de las causas más frecuentes de las afecciones neurológicas son los problemas vasculares que se dan en el adulto. Se estima que en un hospital neurológico general aproximadamente un 50% está representada por problemas cerebros vasculares, las patologías vasculares se pueden observar en las paredes de los vasos, por acumulación del material, cambios en la permeabilidad o por rupturas de sus paredes. Puede ocluirse el flujo sanguíneo por la presencia de un trombo o un embolo, o por un incremento en la viscosidad de la sangre. (Adams & Víctor 1985)

1.3.2 Traumatismo craneoencefálico.

Los traumatismos craneoencefálicos son las causas más frecuentes del daño cerebral en personas menores de cuarenta años. Los TCE pueden afectar de las siguientes maneras

- a) El traumatismo puede afectar directamente al cerebro por ejemplo una herida con arma de fuego.
- b) Pueden obstruir el flujo sanguíneo por taponamiento de arterias, provocando una isquemia y en ciertos casos un infarto.
- c) Pueden causar hemorragias y hematomas aumentando la presión intracerebral.
- d) Inflamación por un edema cerebral.
- e) Infecciones a causa de traumatismo.

1.3.3 Tumores.

La palabra tumor se refiere al crecimiento anormal de células, organizadas de forma atípica que crecen a expensas del organismo, pero que no cumplen un propósito dentro del organismo basándose en lo que Walsh refiere sobre los tumores se dice que estos aparecen repentinamente provocando así una posible afasia. (Walsh, 1990)

1.3.4 Infecciones.

Se le llama infección cuando el cuerpo es invadido por microorganismos patógenos que producirán una enfermedad, entre estos agentes infecciosos

encontramos: Parásitos, hongos y bacterias, estos tipos de infecciones afectan principalmente a los oídos, garganta y nariz.

1.3.5 Enfermedades nutricionales y metabólicas.

La falta de nutrientes y vitaminas en el cuerpo pueden conllevar a la desnutrición lo que producen defectos neurológicos graves que pueden dejar secuelas importantes en la persona afectada. Puede ser el síndrome de Korsakoff o algo tan simple como el alcohol lo que constituyen enfermedades nutricionales de importancia.

1.3.6 Enfermedades degenerativas.

Dentro de las enfermedades degenerativas se encuentran: La enfermedad del Alzheimer, Parkinson, Huntington y enfermedades de demencias, las cuales todas son degenerativas que implican la pérdida de células nerviosas en la cual se observan signos y síntomas neurológicos que conllevan a una afasia.

1.4 Características de la afasia de Broca.

La afasia de Broca se caracteriza por un lenguaje expresivo pobremente articulado, no fluido, compuesto por frases cortas agramaticales producidas con esfuerzo. El lenguaje expresivo está compuesto básicamente por sustantivos con una deficiencia o ausencia evidente de estructuras sintácticas y con la presencia de agramatismos. El defecto motor articulatorio se ha denominado de distintas maneras, pero el término más frecuente es 'apraxia del habla', o falta de secuenciación de elementos motores.

En esta afasia se observa una alteración de la estructura cinética o programa motor de la expresión verbal. Se visualiza clínicamente por la ruptura en la fluidez oral, es decir se rompe la melodía cinética del acto motor, al presentarse una lesión en los sectores pre-rolándicos del hemisferio izquierdo que aseguran tal factor neuropsicológico. La caracteriza clínicamente una imposibilidad del despliegue oral en cualquier orden. Ardila (2012)

En la afasia de Broca el nivel de comprensión lingüística es superior a la capacidad de producción, aunque nunca llega al nivel normal, especialmente con relación a la comprensión gramatical. En ella el defecto en la producción

gramatical es más grave que el de comprensión. Ocasionalmente la comprensión lingüística puede parecer prácticamente normal.

Los pacientes presentan dificultades en las tareas de señalar y denominar, aunque con un predominio en los defectos en las tareas de señalar. En las tareas de denominación se presentan los defectos articulatorios (con desviaciones fonéticas) que pueden dar lugar a las parafasias fonológicas, al igual que omisiones y simplificaciones silábicas. El empleo de claves fonológicas puede ayudar a iniciar la articulación.

Los pacientes con afasia de Broca identifican bien los objetos o partes del cuerpo, no así la denominación de varios objetos a la vez o partes del cuerpo en un orden determinado, sólo lo logran hasta un nivel de unas dos o tres palabras. Sin embargo, el conocimiento léxico se encuentra relativamente bien conservado. El lenguaje repetitivo es inadecuado, y se manifiestan múltiples desviaciones fonéticas, parafasias fonológicas, simplificaciones silábicas e iteraciones. A pesar de estas dificultades, su lenguaje repetitivo puede ser superior al lenguaje espontáneo.

La producción de series automáticas (contar, decir los días de la semana, etc.) es superior a su lenguaje espontáneo. El canto frecuentemente mejora la producción lingüística de estos pacientes, ya que el canto y, en general, los aspectos prosódicos del lenguaje se han asociado con la actividad hemisférica derecha.

1.5 Alteraciones neurológicas y cognitivas asociadas a la afasia de Broca

La parálisis motora puede variar de una hemiplejía total a una mínima debilidad en la cara y de extremidades superiores. En algunos pacientes aparece pérdida sensorial del lado derecho. Se observa apraxia ideomotora al tratar de cumplir las órdenes del examinador. Está indemne la posibilidad de realizar movimientos.

La **disartria**, como defecto articulatorio es frecuentemente hallada en las afasias motoras; predomina una disartria de tipo espástico (con aumento del tono muscular), y se asocia con desviación de la comisura labial, asimetría facial,

hemiparesia de la lengua, y en general, defectos en los pares craneanos que participan en la articulación.

La afasia de Boca en dependencia de la extensión de la lesión en algunas ocasiones puede estar acompañada de defectos somato sensoriales.

La presencia de apraxia que se presenta es la apraxia simpática (apraxia en la mano izquierda), además de una paresia en su mano derecha; es decir, dos trastornos motores diferentes.

En cuanto a la acalculia se debe plantear que estos pacientes tienen dificultades para manejar la sintaxis aplicada al cálculo. Y en la lectura como resultantes de su defecto lingüístico se identifica en algunos de ellos una alexia frontal.

En la afasia de Broca se identifica una escritura lenta, difícil, torpe, abreviada y agramática. Se observan **paragrafias** literales y omisiones de letras, particularmente en conjuntos silábicos. Las letras están pobremente formadas y distribuidas. Ya que frecuentemente presentan hemiparesia, la escritura se suele realizar con la mano izquierda, incrementado el nivel de dificultad.

1.6 Exploración en las afasias.

La evaluación neuropsicológica en las afasias ha de realizarse de forma ordenada y jerarquizada. En ella se deben considerar los diferentes componentes de la función verbal con el fin de cumplimentar los siguientes objetivos.

- Reconocer la existencia a o no de un trastorno del lenguaje de tipo afásico. Diferenciándolo de trastornos disártricos.
- Establecer una posible relación entre la localización de la lesión y los síntomas clínicos presentes en el lenguaje.
- Valorar cuantitativamente el nivel de eficacia del paciente en diferentes tareas de la función lingüística con el fin de controlar el curso clínico de la recuperación espontánea y el curso evolutivo de la rehabilitación por la intervención.

- Emitir impresión diagnóstica y establecer el pronóstico de corrección del trastorno del lenguaje para valorar las posibilidades de integración social.

La exploración nos permite conocer un diagnóstico en cuanto a formas clínicas de afasia. Se investiga:

1.6.1 Lenguaje espontáneo: Se valora inicialmente mediante la conversación y posteriormente mediante la descripción de láminas y el desarrollo de un tema dado. El lenguaje espontáneo permite establecer una distinción entre expresión no fluente (se caracteriza por esfuerzo en la producción verbal, lentificación, alteración de la melodía, disminución de la frase) y expresión fluente (con un ritmo de lenguaje normal o aumentado).

1.6.2 Repetición: La repetición permite conocer el estado funcional de las zonas de discriminación acústica y ejecución motora. La repetición se explora con materiales de distinta complejidad y está alterada en afasia de tipo Broca, Wernicke y de conducción.

1.6.3 Comprensión: La comprensión se explora mediante tareas de designación: señalar imágenes u objetos, señalar partes del cuerpo, realización de órdenes de sucesiva complejidad. El "Token test" (Viignolo y De Renzi, 1968) permite una exploración fina de la comprensión verbal. La comprensión verbal está alterada en las afasia: global, Wernicke, transcortical sensorial y transcortical mixta.

1.6.4 Denominación: La anomia o falta de vocablos es una característica de las afasias y se puede observar en el lenguaje espontáneo y en las tareas de denominación.

1.6.5 Lectura: En la lectura hay que diferenciar la capacidad de leer en voz alta de la capacidad de comprender el mensaje escrito. La lectura en voz alta se explora con materiales de distinta complejidad, desde sílabas a frases hasta palabras. La alexia, alteración de la lectura, se observa tanto en afasias fluentes como en las no fluentes.

1.6.6 Escritura: La exploración de la escritura debe diferenciar entre trastornos de tipo mecánico y práxico y trastornos de tipo neurolingüístico. La exploración

se realiza mediante materiales de distinta complejidad (sílabas, palabras, frases, párrafos) y a través de distintas vías (dictados, copias y escritura espontánea). La agrafía pura es muy rara. El trastorno habitual está asociado a afasia y alexia

Entre los test más utilizados está el Test de Minnesota. (Schuell & Cols.)

1.7 La intervención en pacientes con afasia de Broca.

Las sesiones de rehabilitación se planean a partir de los resultados de la valoración del lenguaje del paciente. Se identifican con la mayor exactitud posible cuáles áreas están alteradas y cuáles, en cambio, están conservadas. El trabajo terapéutico se apoya en las habilidades lingüísticas que permanecen intactas.

Una vez definidas las áreas que se trabajarán en terapia, se establecen objetivos a corto y a mediano plazo, así como los métodos generales para alcanzarlos. Tanto los objetivos como los métodos deben ser valorados constantemente para modificarlos en función de los avances del paciente. González Lázaro & González Ortuño (2016)

Los diferentes enfoques en la rehabilitación de la afasia buscan disminuir el impacto negativo de las afasias en la esfera psicológica, emocional y social de la vida. Lo cual se asienta en tres bases teóricas que sustentan las terapias en afasias. Horner y cols. (1994)

1.7.1 Tratamiento de estimulación por facilitación. Utiliza el formato estímulo-respuesta. Helm-Estabrooks y Albert (1991) publicaron métodos de facilitación por estimulación: TAV (terapia de acción visual para afasia global), terapia de control voluntario de producciones involuntarias (estereotipias) y TEM (terapia de entonación melódica, para afasia de Broca).

1.7.2 Tratamiento neuropsicológico cognitivo o psicolingüístico. Buscan ayudar al paciente por facilitación de funciones intactas; reorganizando funciones usando los módulos preservado.

1.7.3 Tratamiento de comunicación funcional. Enfatizan la comunicación de ideas sin importar el contenido lingüístico específico o el modo de comunicación; privilegia la competencia comunicativa por sobre la competencia lingüística,

estimula todos los aspectos pragmáticos del lenguaje que acompañan los actos de hablar.

Los estudios de Luria, particularizan en la reorganización funcional como mecanismo de recuperación en casos de afasia. La reorganización funcional consiste en el desarrollo de nuevas estrategias para compensar los defectos que aparecen por el daño cerebral. El proceso de rehabilitación se estructura a partir de los logros siguientes: Luria, A (1973, 1974, 1980)

- Reorganización de las interacciones funcionales entre diferentes áreas o grupos neuronales dentro de una red neuronal existente.
- La incorporación de los circuitos redundantes del cerebro que cumplían funciones similares a asumir la función de transmitir la información.
- Incorporación de nuevas áreas cerebrales “se reclutan” para cumplir la función que se realizaba en el área afectada.

Es importante conocer que en el proceso intervenido las funciones perdidas pueden recuperarse parcialmente mayor o menor medida en dependencia del caso. Por ello varios autores coinciden en que podemos encontrar dos **fases** diferenciadas en el proceso de recuperación del lenguaje. Kertesz (1988) ¹destaca las siguientes:

La **recuperación espontánea** que está presente en todas las personas que sufren daño cerebral. En el mismo sentido se destacan que la recuperación espontánea coincide con la recuperación del cerebro a causa del daño y puede explicarse por dos causas: la plasticidad cerebral y la restauración del tejido dañado en lo que se incluye por ejemplo, la reabsorción de las hemorragias o la disminución de los edemas entre otros. Los investigadores plantean que puede tener una duración de uno a seis meses. A pesar del desacuerdo, marcan los tres primeros meses como el periodo máximo de recuperación. González Lázaro

9-110)

La **recuperación a largo plazo** depende, según Kertesz de dos factores: el reaprendizaje del lenguaje y la reorganización del lenguaje en el cerebro. Este tipo de recuperación es más lenta y los avances son más difíciles de estimar, ya que puede durar meses o años. En este sentido González Lázaro y González Ortuño (2012,110) plantean que, a pesar de la recuperación lingüística, se observan síntomas residuales normalmente, que hacen que lograr el nivel previo a la afasia sea difícil.

El nivel de recuperación que el sujeto alcanza depende de varios factores.

Ardilla (2006,194-196) destaca los siguientes:

Extensión y localización de la lesión: Encontramos una proporción inversa entre el tamaño y la localización de la lesión. “Las lesiones extensas dejan pocas habilidades residuales”, por lo que la recuperación posterior es menor

Edad: Es un factor crítico en el aprendizaje, por lo que a menor edad, mejor pronóstico. De este modo, el pronóstico será mejor en niños que en adultos y, a su vez, en adultos mejor que en ancianos.

Etiología: Los sujetos con traumatismos y hemorragias, generalmente, presentan una mejor recuperación que aquellos que sufren accidentes vasculares o tumores.

Factores temporales: “Las causas de instalación súbita están asociados con defectos mayores que los de lenta instalación”, por lo que la recuperación en el caso de los primeros es menor.

Tiempo de inicio de la rehabilitación desde el accidente: Si permanece más tiempo sin comenzar la rehabilitación, el grado de recuperación será menor.

También se tiene en cuenta las **variables individuales**, debido a que pueden afectar de forma significativa a la recuperación. Entre ellos se encuentran: personalidad, factores intelectuales, motivación y la existencia de trastornos asociados. Díez – García, A (2014)

Además se destaca cómo parte fundamental el apoyo por parte de la familia y amigos ya que favorece que el pronóstico sea mejor. González Lázaro y González Ortuño (2012,113)

CAPÍTULO II

2. Estudio de campo

2.1 Metodología empleada en el desarrollo de la investigación

La presente investigación se realiza con el empleo de la investigación acción participación (IAP). Su empleo obedece a las particularidades de los sujetos que se van a estudiar y además porque la profundización sobre este tipo de estudios nos permite identificar las ventajas para caracterizar la problemática e ir probando las mejores vías de solución.

Se asumen los referentes de Colas y Buendía quienes coinciden en que la IAP, constituye un proceso de aprendizaje continuo, donde los actores involucrados toman decisiones en conjunto, enmarcadas en la búsqueda, análisis e interpretación de información dirigida a la transformación de una situación problemática en el contexto donde se desarrolla la investigación.

2.2 Ciclos del proceso investigativo

Desde la perspectiva de la IAP, en nuestra formación como futuros terapeutas del lenguaje nos convertimos en agente y sujetos de los cambios, así como, favorece la participación de todos los involucrados, aspectos que se consideran esenciales en la actualidad para potenciar el proceso de intervención logopédica. Desde la investigación fue posible la combinación de las habilidades y el manejo de la diversidad de estrategias con el debido conocimiento de las teorías existentes respecto al tema objeto de estudio por parte de los investigadores y, la creación de un ambiente favorable para la reflexión crítica sobre nuestra labor rehabilitadora.

I Ciclo de investigación. Diagnóstico de la situación actual.

El trabajo de campo inicia en octubre de 2017 y finaliza en abril de 2018, se centra en la aplicación de tres ciclos de investigación-acción-participación y en la construcción del proceso de aprendizaje, a través, de la estrategia de intervención logopédica.

Para la selección de la muestra se partió del estudio del total de casos que son atendidos en el centro de salud tipo C Chone – Flavio Alfaro, de manera intencional se escogieron a seis pacientes que padecen de afasia de Broca con la intención de favorecer su recuperación y a su vez de desarrollar habilidades profesionales en las investigadoras en el manejo de los pacientes con este trastorno de lenguaje.

Para la participación en el proyecto se solicitó el consentimiento informado por escrito de los diferentes actores y se les aseguró la participación voluntaria bajo los principios de confidencialidad y anonimato.

Se emplean los métodos y técnicas necesarios para la investigación, sistematización, exposición y divulgación de conocimientos obtenidos durante la investigación. Por ser un estudio cualitativo predomina el uso de la encuesta y el análisis inductivo y deductivo para llegar a generalizar conclusiones válidas.

Al emplear el método inductivo permitió realizar un análisis mediante el cual sea parte del estudio de un caso, por medio de la observación y registro de historia clínica, estableciendo definiciones clara de cada paciente, del cual se necesita para comprender las problemática de cómo estructurar un plan de intervención logopédica para pacientes con afasia de Broca, pertenecientes al centro de salud tipo C Chone – Flavio Alfaro, que posibilite su rehabilitación.

Se realiza la investigación de los sujetos y se procede a profundizar en el proceso interventivo mediante la indagación con la encuesta a terapeutas del lenguaje y autoridades de la institución.

La revisión de la historia clínica, que contiene la anamnesis y los exámenes realizados a los pacientes, así como la aplicación del test de Minnesota ofrecen algunos resultados.

II Ciclo de investigación. Estrategia de intervención logopédica para casos con afasia de Broca

En este ciclo se concibe la estrategia de intervención para el caso; como precede la caracterización se pudo identificar las características que tipifican a la afasia, se determinó el objetivo general y los objetivos específicos y se planearon las

sesiones de intervención. El cumplimiento de este ciclo se puede apreciar en el capítulo III.

En la estrategia se combinan procederes de tres formas de tratamiento, las de estimulación por facilitación, del tratamiento neuropsicológico cognitivo o psicolingüístico y del tratamiento de comunicación funcional, desde esta perspectiva electiva es posible la combinación de procederes y conformar una intervención global.

III Ciclo de investigación. Implementación y evaluación de los resultados obtenidos con la estrategia de intervención logopédica.

Se implementan las sesiones de intervención con una frecuencia de dos por semanas, se recoge en un cuaderno de anotaciones el comportamiento del sujeto y se fue haciendo ajustes a las sesiones.

Se logran avances en las acciones relacionadas con la denominación de objetos, igual con las acciones de señalar objetos e imágenes. Disminuye el número de perseveraciones por la mejora en la realización de la melodía cinética, en expresión verbal hubo mejorías en la realización de praxias que incluyen ejercicios de masticación y deglución, repetición de palabras monosilábicas, repetición de frases, respuestas de una sola palabra.

También se mostraron avances al momento de responder datos informativos básicos, en la formación de frases a partir de palabras estímulos y en la definición de palabras.

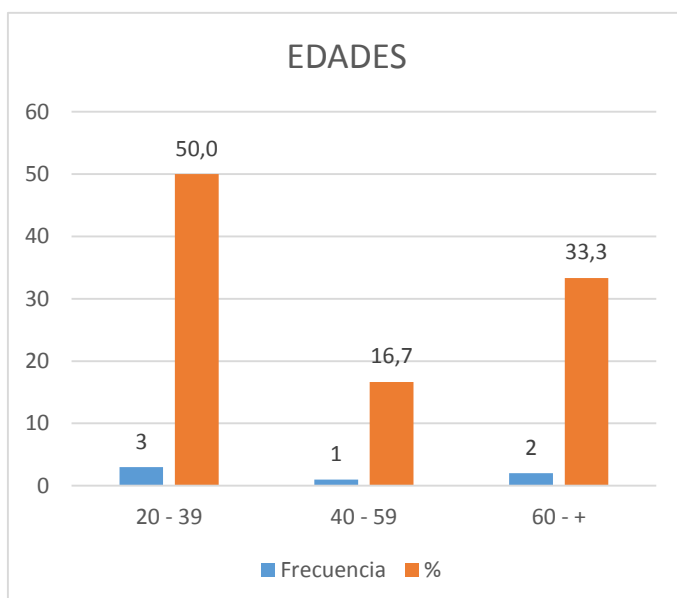
2.3 Evaluación de los resultados.

Datos de los pacientes con afasia de Broca que asisten al Centro de Salud tipo C Chone.

Tabla 1. Edad

Edades		
Años	Frecuencia	%
20 – 39	3	50,0
40 – 59	1	16,7
60 - +	2	33,3
TOTAL	6	100

Gráfico 1



Fuente: Pacientes del área

de terapia de lenguaje

Investigadores: Brigitte Escobar y María Quijije

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

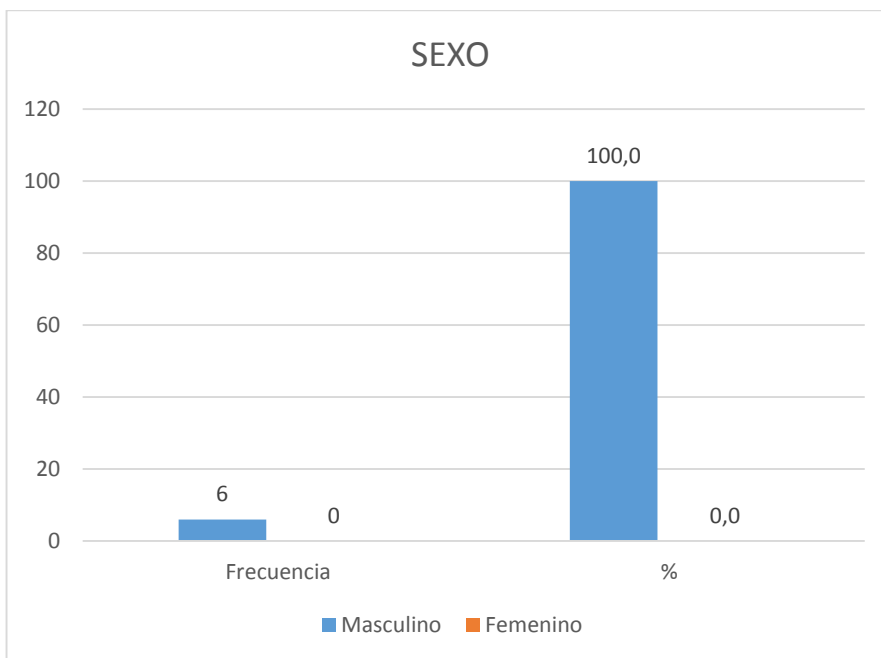
Según el gráfico número 1 se puede evidenciar que en el área de terapia de lenguaje del Centro de Salud tipo C Chone, la mayoría de los pacientes con afasia de Broca tienen entre las edades de 20 a 39 años de edad lo que corresponde a un 50.0%, seguido de los pacientes que tienen de 40 a 59 años

que corresponden a un 16,7% y en un último lugar los pacientes que tienen 60 años a mas corresponden a un 33,3%.

Tabla 2 Sexo

GENERO	Frecuencia	%
Masculino	6	100,0
Femenino	0	0,0
TOTAL	6	100

Gráfico 2



Fuente: Pacientes del área de terapia de lenguaje

Investigadores: Brigitte Escobar y María Quijije

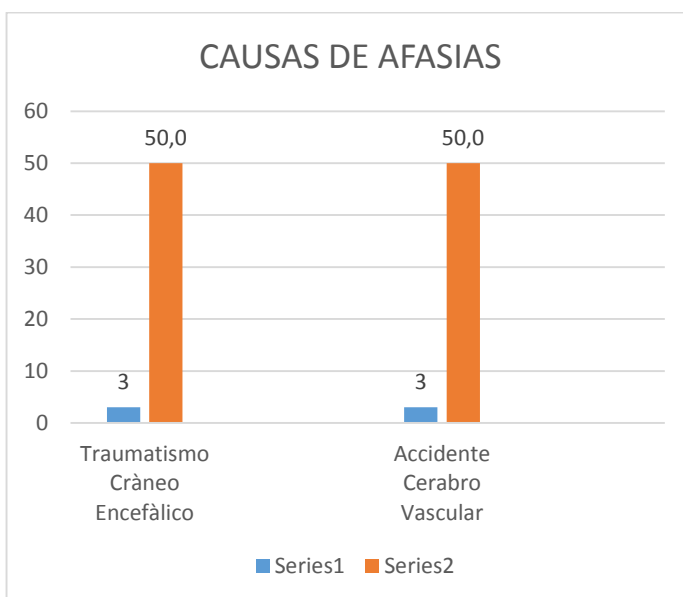
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De acuerdo al gráfico número 2 se evidencia que el único sexo que predomina es el masculino, siendo este el total de los 6 pacientes que representan el 100%

Tabla 3

CAUSAS DE AFASIAS		
AFECCIONES	Frecuencia	%
Traumatismo Cráneo Encefálico	3	50,0
Accidente Cerebro Vascular	3	50,0
TOTAL	6	100,0

Gráfico 3



Fuente: Pacientes del área de terapia de lenguaje

Investigadores: Brigitte Escobar y María Quijje

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Según el gráfico número 3 las causas de las afasias de Broca en los 6 pacientes se dividen por igual quedando así, un porcentaje del 50% Por TCE Y 50% restante por ACV.

Tabla 4

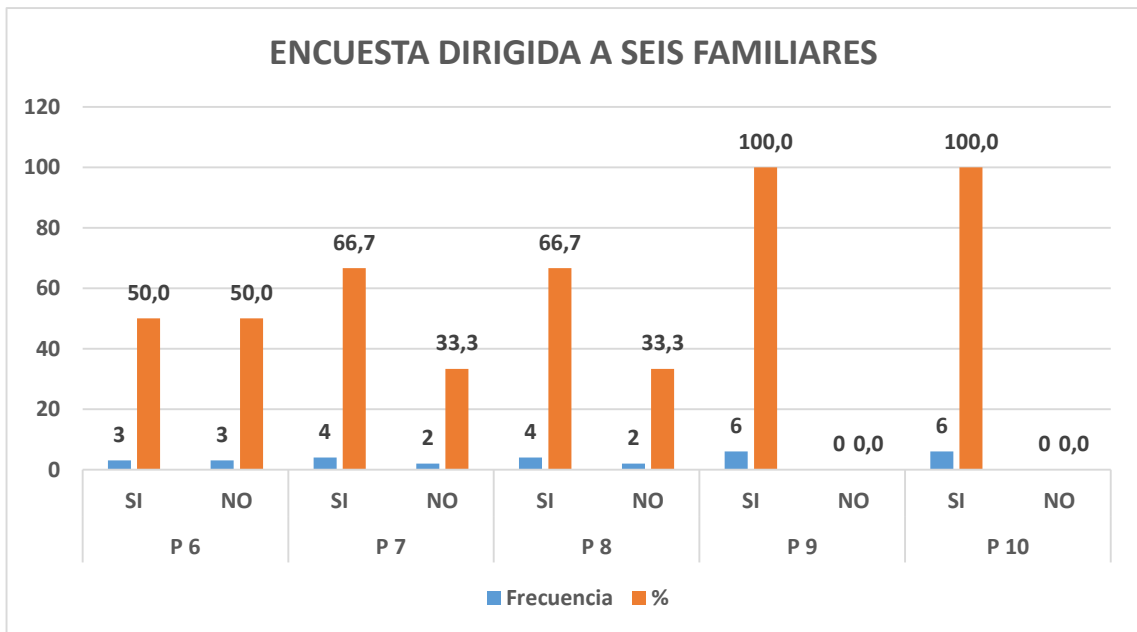
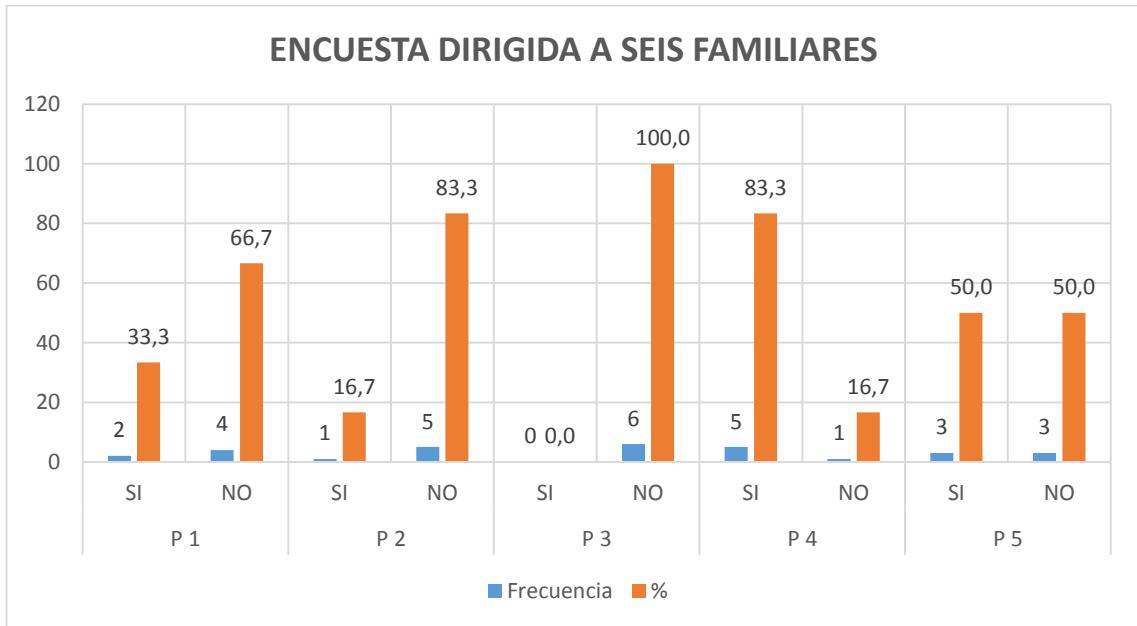
Encuestas dirigidas a los familiares.

ENCUESTA DIRIGIDA A SEIS FAMILIARES			
		Frecuencia	%
1) ¿Usted cree que la sociedad en sí, está apta para ayudar en el estado anímico de las personas afásicas?	SI	2	33,3
	NO	4	66,7
2) ¿Cree usted que su familia, está capacitada para afrontar este tipo de enfermedades cerebrales?	SI	1	16,7
	NO	5	83,3
3) ¿Está usted informado sobre los procesos que se llevan a cabo en una rehabilitación logopedica?	SI	0	0,0
	NO	6	100,0
4) ¿Cree que los factores económicos son un impedimento para llevar a su familiar a la terapia de lenguaje?	SI	5	83,3
	NO	1	16,7
5) ¿Usted piensa que el sedentarismo puede ocasionar un accidente cerebro vascular?	SI	3	50,0
	NO	3	50,0

ENCUESTA DIRIGIDA A SEIS FAMILIARES			
		Frecuencia	%
6) ¿Piensa usted que los centros de salud de esta ciudad están adecuados para atender este tipo de emergencias?	SI	3	50,0
	NO	3	50,0

7) ¿Cuenta el área de rehabilitación donde acude su familiar con los implementos necesarios para tratarlo?	SI	4	66,7
	NO	2	33,3
8) ¿Está usted de acuerdo con el proceso de rehabilitación que emplea la terapeuta de lenguaje a su familiar?	SI	4	66,7
	NO	2	33,3
9) ¿Espera usted un resultado favorable en la mejoría de su familiar al culminar su tratamiento logopedico?	SI	6	100,0
	NO	0	0,0
10) ¿Está usted de acuerdo con el tiempo de tratamiento estipulado que le han asignado a su familiar?	SI	6	100,0
	NO	0	0,0

Gráfico 4



Fuente: Pacientes del área de terapia de lenguaje

Investigadores: Brigitte Escobar y María Quijije

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la encuesta dirigida a los familiares de los pacientes con afasia de Broca se realizaron diez preguntas de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

En la primera pregunta, dos familiares dijeron que si, lo que representa el 33.3% y cuatro dijeron no, lo que representa un 16.7 % , en la segunda pregunta una persona dijo si, lo que representa un 16.7 % y cinco dijeron no, lo que representa un 83.3%, en la tercera pregunta las seis personas dijeron que no, lo que representa el 100%, en la cuarta pregunta cinco personas dijeron que si, lo que representa un 83.3% y una persona respondió que no, lo que representa 16.7%, en la quinta pregunta tres personas respondieron si lo que equivale al 50% y tres dijeron no, completando el otro 50% restante, en la sexta pregunta tres personas dijeron que no, lo que corresponde a un 50% mientras que los tres restantes respondieron si, completando 50%, en la séptima pregunta cuatro personas dijeron que si, lo que representa 66.7%, mientras que dos personas dijeron no, lo que representa el 33.3%, en la octava pregunta cuatro personas dijeron que si, lo que representa 66.7%, mientras que dos personas dijeron no, lo que representa el 33.3%, en la novena y décima pregunta todas las personas respondieron no , lo que equivale al 100%.

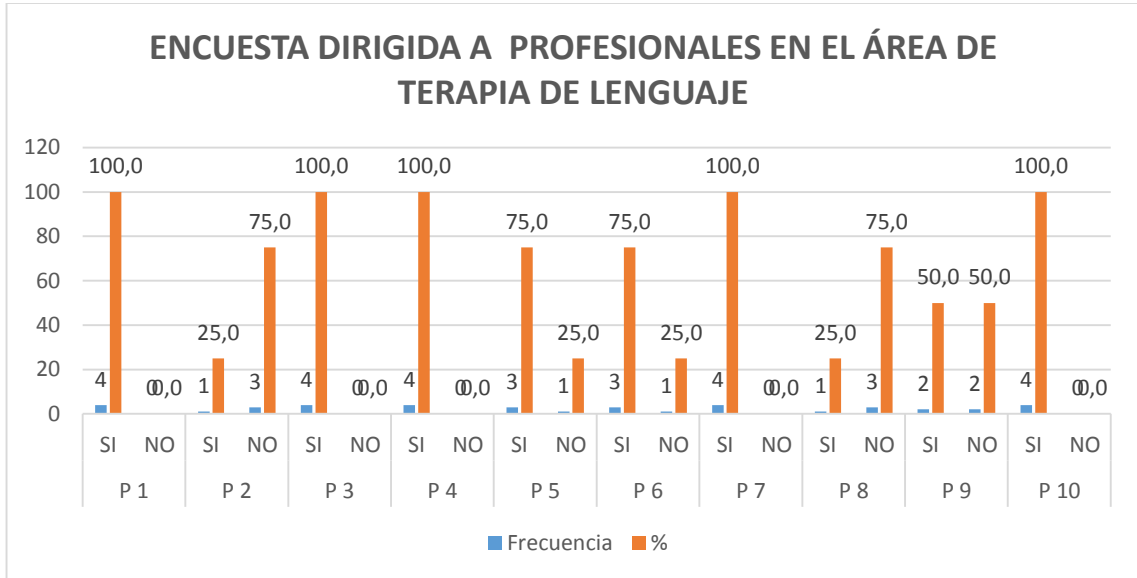
Tabla 5

Encuesta dirigida a profesionales de terapia de lenguaje.

ENCUESTA DIRIGIDA A PROFESIONALES EN EL ÁREA DE TERAPIA DE LENGUAJE			
		Frecuencia	%
1) ¿Usted piensa que los hospitales y/o centros de salud de primer nivel, se encuentran capacitados para atender de forma adecuada a los pacientes que presentan algún tipo de Afasia?	SI	4	100,0
	NO	0	0,0
2) Dentro de las dificultades que enfrenta un paciente con Afasia, ¿Las causas psicológicas son las más implicadas al momento de que la rehabilitación sea positiva?	SI	1	25,0
	NO	3	75,0
3) ¿Usted considera importante que se realice un protocolo de atención emergente de terapia de	SI	4	100,0
	NO	0	0,0

lenguaje, después de las veinticuatro horas suscitado el accidente?			
4) ¿Considera como parte fundamental para la rehabilitación, que el aporte familiar sea necesario?	SI	4	100,0
	NO	0	0,0
5) Para tener resultados positivos durante la rehabilitación del paciente ¿Usted considera importante saber sus fortalezas y debilidades, previas al accidente?	SI	3	75,0
	NO	1	25,0
6) ¿Está de acuerdo en que se realice un plan de intervención diferente en cada paciente con Afasia?	SI	3	75,0
	NO	1	25,0
7) ¿Considera que la intervención multidisciplinaria es fundamental para la rehabilitación del paciente Afásico?	SI	4	100,0
	NO	0	0,0
8) ¿Conoce usted acerca de la rehabilitación psicolingüística cognitiva?	SI	1	25,0
	NO	3	75,0
9) ¿Usted aplica la rehabilitación psicolingüística cognitiva a los pacientes con Afasia de Broca?	SI	2	50,0
	NO	2	50,0
10) ¿Considera suficiente tratar a un paciente con Afasia de Broca mínimo tres veces por semana?	SI	4	100,0
	NO	0	0,0

Gráfico 5



Fuente: Pacientes del área de terapia de lenguaje

Investigadores: Brigitte Escobar y María Quijije

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la encuesta dirigida a los profesionales del área de terapia de lenguaje, se realizaron diez preguntas de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

En la primera pregunta los cuatro profesionales dijeron si, lo que corresponde al 100%, en la segunda pregunta un profesional dijo que si, lo que representa un 25.0% y tres dijeron que no, lo que representa un 75.0%, en la tercera pregunta los cuatro profesionales dijeron que si , lo que representa el 100% , en la cuarta pregunta todos los profesionales dijeron que si, lo cual representa el 100%, en la quinta pregunta tres profesionales dijeron que si, lo que representa un 75.0% y un profesional dijo no, lo que corresponde al 25.0% del porcentaje, en la sexta pregunta tres personas dijeron si, lo que representa un 75.0% y una persona dijo si, lo que da como resultado un 25.0%, en la séptima pregunta todos los profesionales dijeron que si, lo que representa el total del 100%, de acuerdo a la octava pregunta una persona dijo no, lo que corresponde al 25.0% y tres dijeron

si, lo que representa un 75.0%, en la novena pregunta dos personas dijeron que si, lo que representa un 50% y dos profesionales dijeron que no, lo que corresponde al otro 50%, en la décima pregunta todos los profesionales dijeron que si, lo que corresponde al 100% del porcentaje.

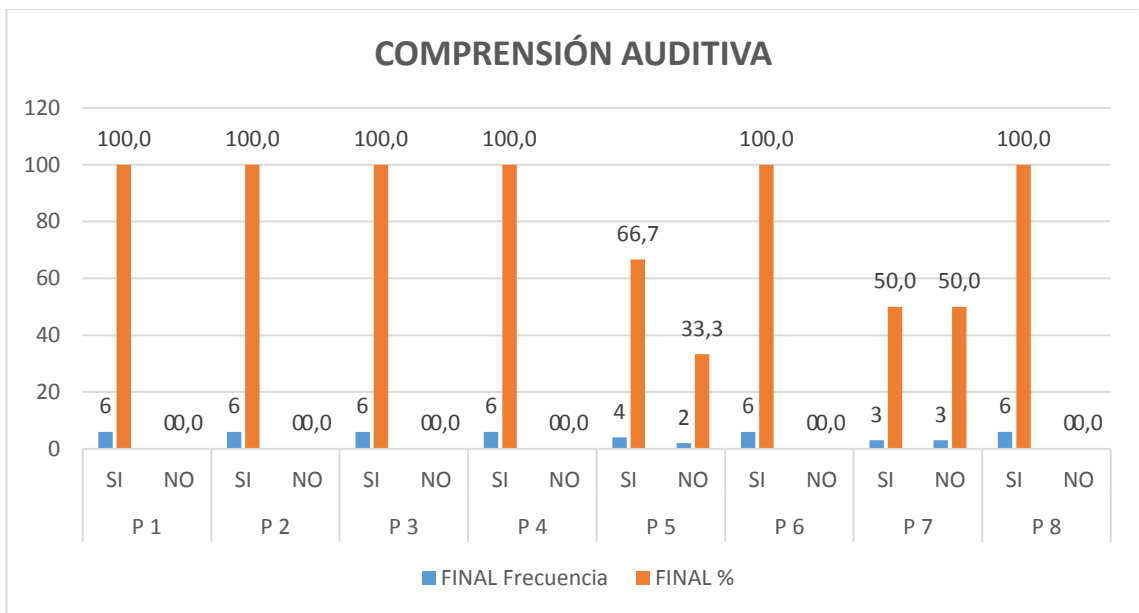
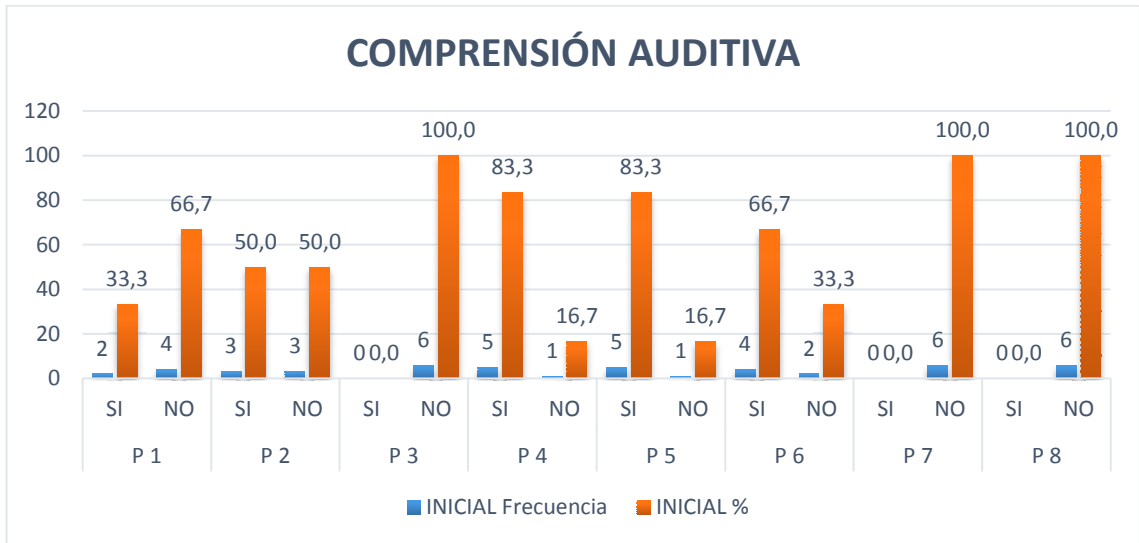
Tabla 6

Test de Minnesota, Comprensión auditiva.

TEST DE MINNESOTA (Schuell& Colts).					
COMPRESIÓN AUDITIVA		INICIAL		FINAL	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
1.- Discriminación de parejas de objetos de nombre similar.	SI	2	33,3	6	100,0
	NO	4	66,7	0	0,0
2.- Reconocimiento de letras en un conjunto con 5- 6. Nombrarlas previamente.	SI	3	50,0	6	100,0
	NO	3	50,0	0	0,0
3.- Reconocimiento de agrupamientos de objetos. En una lámina en la que figuran diversos objetos, señalar los que se nombren de dos en dos y de tres en tres.	SI	0	0,0	6	100,0
	NO	6	100,0	0	0,0

4.- Comprensión de oraciones, con respuesta de sí o no.	SI	5	83,3	6	100,0
	NO	1	16,7	0	0,0
5.- Órdenes verbales. Se dan órdenes mediante enunciados de longitud creciente	SI	5	83,3	4	66,7
	NO	1	16,7	2	33,3
6.- Comprensión de un texto leído con posteriores respuestas (si/no) a preguntas que se hagan sobre él.	SI	4	66,7	6	100,0
	NO	2	33,3	0	0,0
7.- Repetición de oraciones.	SI	0	0,0	3	50,0
	NO	6	100,0	3	50,0
8.- Repetición de dígitos. Repetir 4-5- 6 dígitos en sentido creciente y en decreciente	SI	0	0,0	6	100,0
	NO	6	100,0	0	0,0

Gráfico 6



Fuente: Pacientes del área de terapia de lenguaje

Investigadores: Brigitte Escobar y María Quijije

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El test de Minnesota fue tomado a los pacientes en dos fases. Las cuales son: inicial, y final, en comprensión auditiva los resultados estadísticos arrojaron los siguientes datos:

En el primer ítem, en la fase inicial, de los seis pacientes, dos si respondieron lo que representa un 33.3% y cuatro no respondieron lo que corresponde al 66.7%, y en la fase final los seis pacientes si respondieron adecuadamente lo que representa al 100%.

En el segundo ítem, de la primera fase, tres pacientes si respondieron lo que equivale al 50.0% y tres pacientes no respondieron completando el otro 50%, y en la fase final los seis pacientes si respondieron lo que equivale al 100%.

En el tercer ítem, en la fase inicial seis pacientes no respondieron lo que representa el total del 100%, y en la fase final los seis pacientes si respondieron lo que corresponde al 100%.

En el cuarto ítem, en la primera fase cinco pacientes si respondieron que corresponde al 83.3 % y un paciente no respondió lo que corresponde al 16.7%, y en la fase final los seis pacientes si respondieron, lo que representa igualmente al 100%.

En el quinto ítem, en la fase inicial cinco pacientes si respondieron que corresponde al 83.3% y un paciente no respondió lo que corresponde al 16.7%, y en la fase final cuatro pacientes si respondieron lo que corresponde al 66.7% y dos pacientes no respondieron lo que corresponde al 33.3%.

En el sexto ítem, en la fase inicial cuatro pacientes si respondieron que corresponde al 66.7% y dos pacientes no respondieron lo que corresponde al 33.3%, y en la fase final los seis pacientes si respondieron lo que corresponde al 100%.

En el séptimo ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100%, y en la fase final tres pacientes si respondieron lo que

corresponde al 50.0% y tres pacientes no respondieron lo que corresponde al 50.0%.

En el octavo ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron que corresponde al 100%, y en la fase final los seis pacientes si respondieron lo que corresponde al 100%.

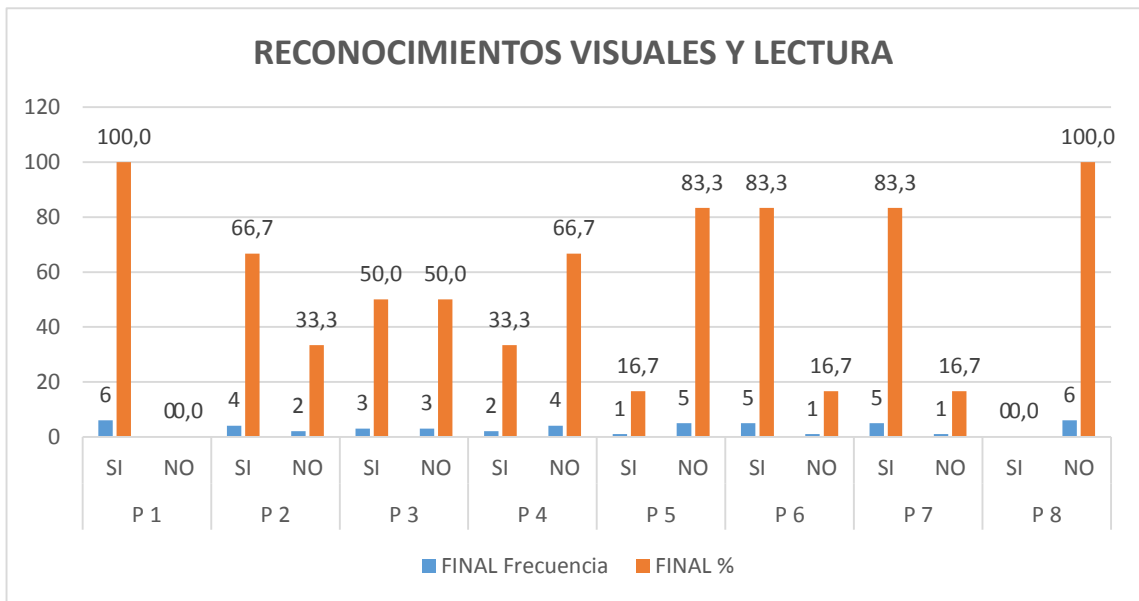
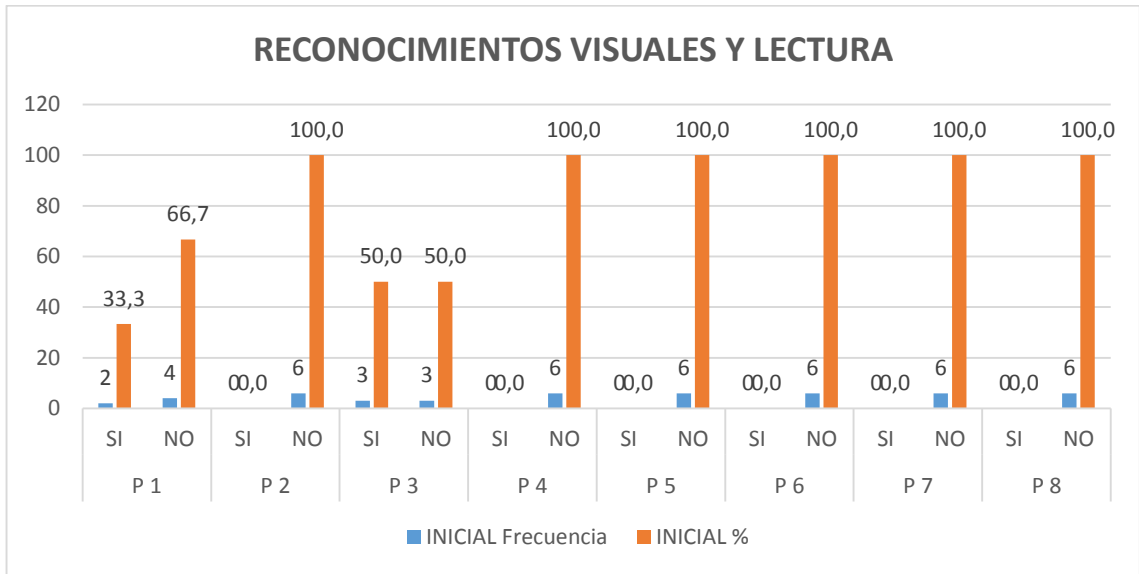
Tabla 7

Test de Minnesota, reconocimientos visuales y lectura

TEST DE MINNESOTA (Schuell& Cols).					
RECONOCIMIENTOS VISUALES Y LECTURA		INICIAL		FINAL	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
1.- Semejanzas de letras. A partir de 6 tarjetas en las que hay 5- 6 letras. Se da una tarjeta de muestra	SI	2	33,3	6	100,0
	NO	4	66,7	0	0,0
2.- Apareamiento nombres/figuras. Tarjetas con seis figuras de objetos comunes. Se dan tarjetas con los nombres escritos.	SI	0	0,0	4	66,7
	NO	6	100,0	2	33,3
3.- Señalar nombres escritos. Se nombran sucesivamente 12 objetos.	SI	3	50,0	3	50,0
	NO	3	50,0	3	50,0
4.- Responder a frases escritas. Se presentan 12 oraciones y se responde sí o no.	SI	0	0,0	2	33,3
	NO	6	100,0	4	66,7

5.- Velocidad de lectura. Se anota el tiempo empleado para realizar la prueba	SI	0	0,0	1	16,7
	NO	6	100,0	5	83,3
6.- Lectura de párrafos. Evaluación de la comprensión mediante respuestas de sí/no.	SI	0	0,0	5	83,3
	NO	6	100,0	1	16,7
7.- Lectura de 15 palabras de 1 a 4 sílabas, en voz alta.	SI	0	0,0	5	83,3
	NO	6	100,0	1	16,7
8.- Lectura en alta voz de 30 oraciones.	SI	0	0,0	0	0,0
	NO	6	100,0	6	100,0

Gráfico 7



Fuente: Pacientes del área de terapia de lenguaje

Investigadores: Brigitte Escobar y María Quijije

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el segundo bloque del test denominado: reconocimientos visuales y lectura, en el cual también se evaluaron las dos fases, inicial y final.

En el primer ítem, en la fase inicial dos pacientes si respondieron que corresponde al 33.3% y cuatro pacientes no respondieron lo que corresponde al 66.7%, y en la fase final los seis pacientes si respondieron lo que corresponde al 100%.

En el segundo ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100%, y en la fase final cuatro pacientes si respondieron lo que corresponde al 66.7% y dos pacientes no respondieron lo que corresponde al 33.3%.

En el tercer ítem, en la fase inicial tres pacientes si respondieron que corresponde al 50.0 % y tres pacientes no respondieron lo que corresponde al 50.0%, y en la fase final tres pacientes si respondieron lo que corresponde al 50% y tres pacientes no respondieron lo que corresponde al 50.0%.

En el cuarto ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final dos pacientes si respondieron que corresponde al 33.3% y cuatro no respondieron, lo que corresponde al 66.7%.

En el quinto ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final un paciente si respondió que corresponde al 16.7% y cinco no respondieron, lo que corresponde al 83.3%.

En el sexto ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final cinco pacientes si respondieron que corresponde al 83.3% y uno no respondió, lo que corresponde al 16.7%.

En el séptimo ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final cinco pacientes si respondieron que corresponde al 83.3 % y uno no respondió, lo que corresponde al 16.7%.

En el octavo ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100%.

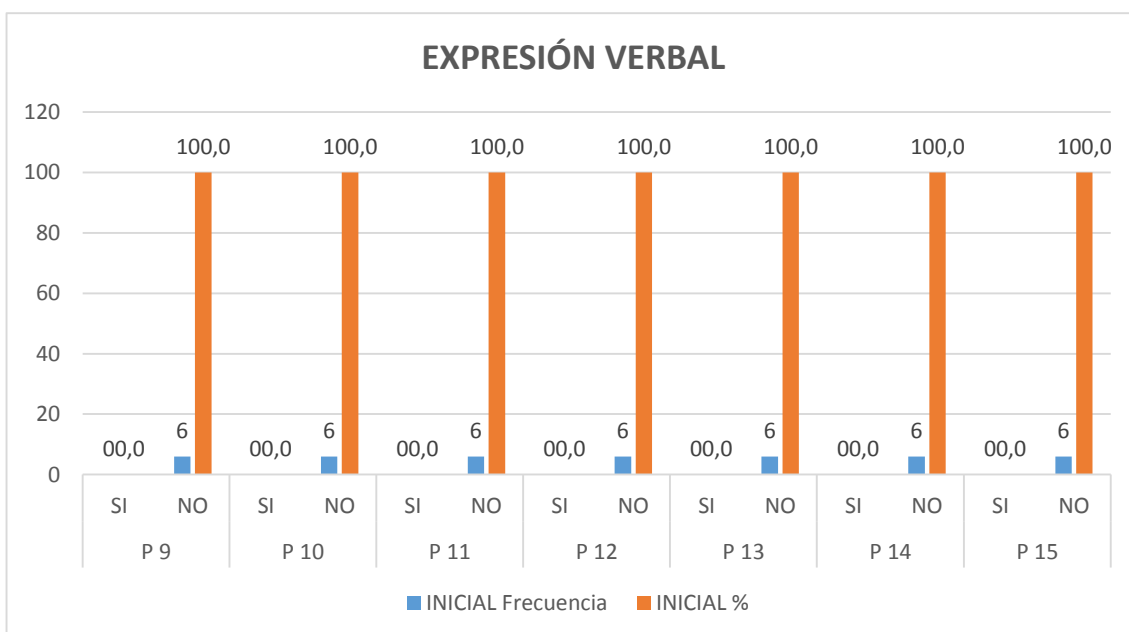
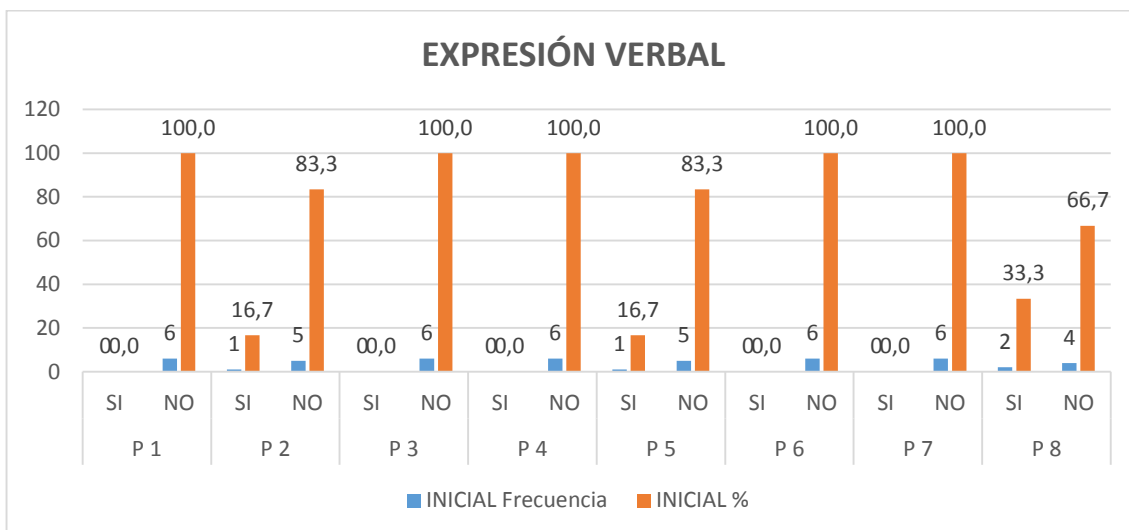
Tabla 8

Test de Minnesota: expresión verbal

TEST DE MINNESOTA (Schuell& Col).					
EXPRESIÓN VERBAL		INICIAL		FINAL	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
1.- Exploración de diez praxias. Se incluye deglución-masticación.	SI	0	0,0	6	100,0
	NO	6	100,0	0	0,0
2.- Repeticiones silábicas. Repetir lo más rápidamente posible una sílaba	SI	1	16,7	5	83,3
	NO	5	83,3	1	16,7
3.- Repetición de 32 palabras monosilábicas	SI	0	0,0	6	100,0
	NO	6	100,0	0	0,0
4.- Repetición de 20 frases	SI	0	0,0	0	0,0
	NO	6	100,0	6	100,0
5.- Contar hasta 20.	SI	1	16,7	5	83,3
	NO	5	83,3	1	16,7
6.- Días de la semana y/o meses del año.	SI	0	0,0	5	83,3
	NO	6	100,0	1	16,7
7.- Completar oraciones.	SI	0	0,0	3	50,0
	NO	6	100,0	2	33,3
8.- Responder a preguntas simples que necesiten solo una palabra como réplica.	SI	2	33,3	6	100,0
	NO	4	66,7	0	0,0

TEST DE MINNESOTA (Schuell& Coles).					
EXPRESIÓN VERBAL		INICIAL		FINAL	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
9.- Datos informativos básicos.	SI	0	0,0	6	100,0
	NO	6	100,0	0	0,0
10.- Expresión de ideas. Decir tres cosas que haya hecho en el día y otras tres genéricas	SI	0	0,0	5	83,3
	NO	6	100,0	1	16,7
11.- Formación de frases a partir de palabras estímulo.	SI	0	0,0	3	50,0
	NO	6	100,0	3	50,0
12.- Descripción de una escena.	SI	0	0,0	2	33,3
	NO	6	100,0	4	66,7
13.- Nombrar 20 objetos comunes.	SI	0	0,0	1	16,7
	NO	6	100,0	5	83,3
14.- Definir palabras.	SI	0	0,0	3	50,0
	NO	6	100,0	3	50,0
15.- Repetir un párrafo.	SI	0	0,0	2	33,3
	NO	6	100,0	4	66,7

Gráfico 8



Fuente: Pacientes del área de terapia de lenguaje

Investigadores: Brigitte Escobar y María Quijije

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el tercer bloque del test denominado: expresión verbal, en el cual se evaluaron las dos fases, inicial y final, se obtuvieron los siguientes resultados.

En el primer ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final los seis pacientes si respondieron lo que corresponde al 100%.

En el segundo ítem, en la fase inicial un paciente si respondió lo que corresponde al 16.7%, y cinco pacientes no respondieron lo que corresponde al 83.3% y en la fase final cinco pacientes si respondieron lo que corresponde al 83.3% y un paciente no, lo que corresponde al 16.7%.

En el tercer ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final los seis pacientes si respondieron lo que corresponde al 100%.

En el cuarto ítem, en la fase inicial y final los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% lo que significa que no pudieron realizar esta tarea en ni una de las dos fases.

En el quinto ítem, en la fase inicial y un paciente si respondió lo que representa el 16.7% y cinco pacientes no respondieron lo que corresponde al 83.3% y en la fase final cinco pacientes si respondieron lo que corresponde al 83.3% y uno no respondió, lo que corresponde al 16.7%.

En el sexto ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final cinco pacientes si respondieron que corresponde al 83.3% y uno no respondió, lo que corresponde al 16.7%.

En el séptimo ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final tres pacientes si respondieron que corresponde al 50.0 % y tres no respondieron, lo que corresponde al 50.0%.

En el octavo ítem, en la fase inicial los dos pacientes si respondieron lo que corresponde al 33.3% y cuatro pacientes no respondieron lo que corresponde al 66.7% y en la fase final los seis pacientes si respondieron lo que corresponde al 100%.

En el noveno ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final 6 pacientes si respondieron que corresponde al 100 %.

En el décimo ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final cinco pacientes si respondieron que corresponde al 83.3 % y uno no respondió, lo que corresponde al 16.7%.

En el décimo primer ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final tres pacientes si respondieron lo que corresponde al 50.0 % y tres no respondieron lo que corresponde al 50.0%.

En el décimo segundo ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final dos pacientes si respondieron lo que corresponde al 33.3 % y cuatro no respondieron, lo que corresponde al 66.7%.

En el décimo tercer ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final un paciente si respondió lo que corresponde al 16.7 % y cinco respondieron no, lo que corresponde al 83.3 %.

En el décimo cuarto ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final tres pacientes si respondieron lo que corresponde al 50.0 % y tres respondieron no, lo que corresponde al 50.0 %.

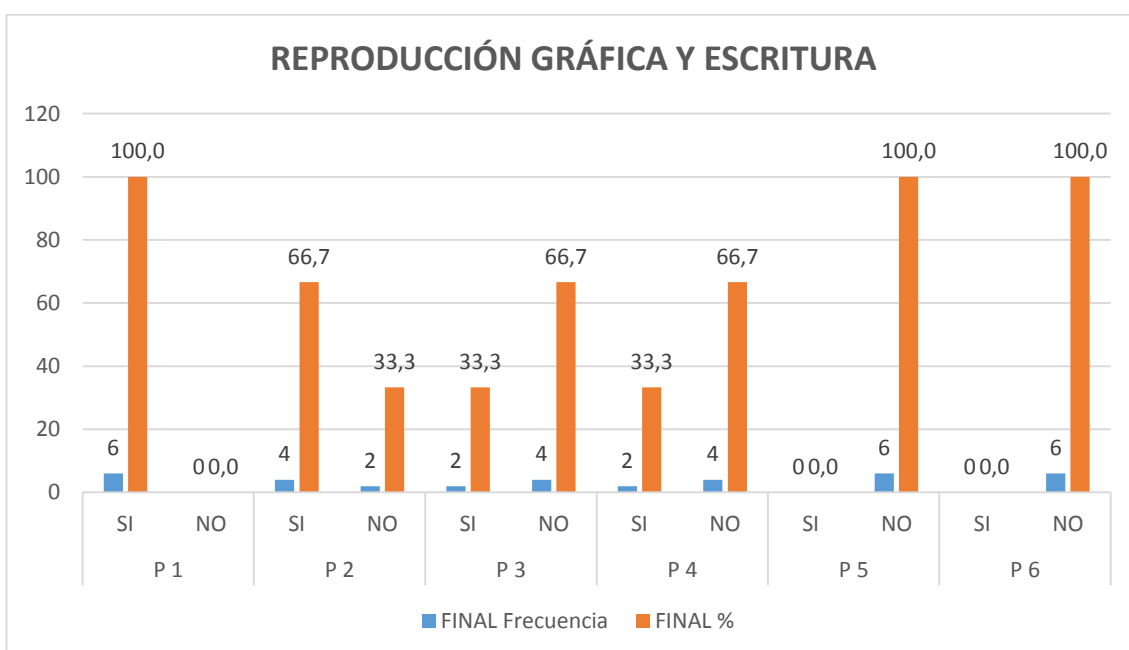
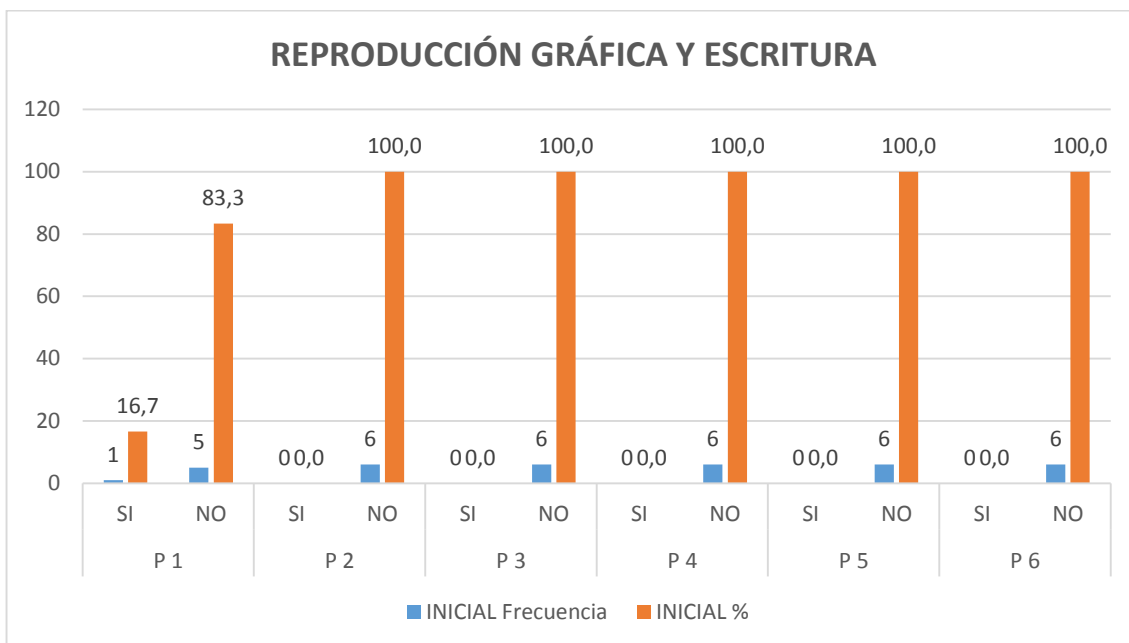
En el décimo quinto ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final dos pacientes si respondieron lo que corresponde al 33.3 % y cuatro respondieron no, lo que corresponde al 66.7 %.

Tabla 9

Test de Minnesota: Reproducción gráfica y escritura

TEST DE MINNESOTA (Schuell& Cols).					
REPRODUCCIÓN GRÁFICA Y ESCRITURA		INICIAL		FINAL	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
1. Copiar 5 letras griegas	SI	1	16,7	6	100,0
	NO	5	83,3	0	0,0
2. Escribir hasta 20.	SI	0	0,0	4	66,7
	NO	6	100,0	2	33,3
3. Mostrar una rueda 10 segundos y dibujarla después	SI	0	0,0	2	33,3
	NO	6	100,0	4	66,7
4. Escribir al dictado 26 letras.	SI	0	0,0	2	33,3
	NO	6	100,0	4	66,7
5. Deletrear 10 palabras para que se escriban seguidamente.	SI	0	0,0	0	0,0
	NO	6	100,0	6	100,0
6. Deletrear la lista de palabras utilizada con anterioridad.	SI	0	0,0	0	0,0
	NO	6	100,0	6	100,0

Gráfico 9



Fuente: Pacientes del área de terapia de lenguaje

Investigadores: Brigitte Escobar y María Quijje

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el cuarto bloque del test denominado: reproducción gráfica y escritura, se evaluaron las dos fases, inicial y final, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

En el primer ítem, en la fase inicial un paciente si respondió, equivalente al 16,7% y cinco pacientes no respondieron lo que corresponde al 83.3% y en la fase final los seis pacientes si respondieron lo que corresponde al 100%.

En el segundo ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final cuatro pacientes si respondieron lo que corresponde al 66.7% y dos pacientes no respondieron lo que corresponde al 33.3%.

En el tercer ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final dos pacientes si respondieron que corresponde al 33.3% y cuatro no respondieron, lo que corresponde al 66.7%.

En el cuarto ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final dos pacientes si respondieron que corresponde al 33.3% y cuatro no respondieron, lo que corresponde al 66.7%.

En el quinto ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100%.

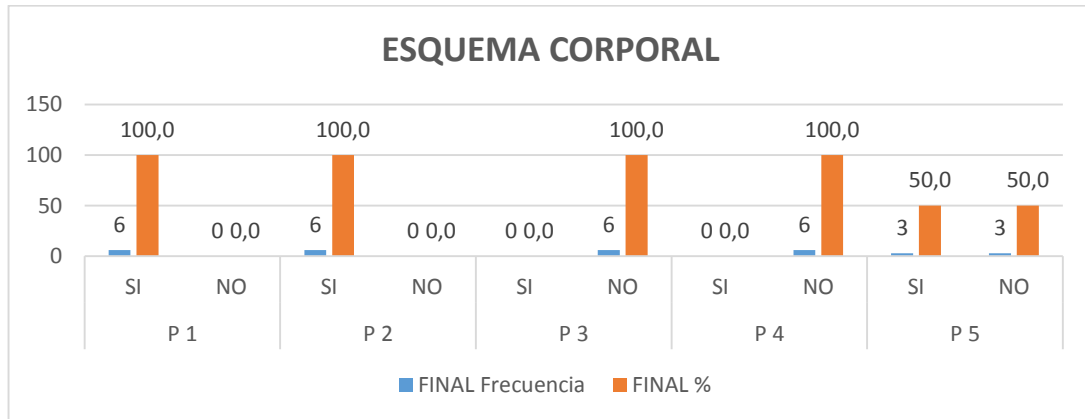
En el sexto ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100%.

Tabla 10

Test de Minnesota: Esquema corporal

TEST DE MINNESOTA (Schuell& Cols).					
ESQUEMA CORPORAL		INICIAL		FINAL	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
1. Señalar partes del cuerpo.	SI	6	100,0	6	100,0
	NO	0	0,0	0	0,0
2. Nombrar partes del cuerpo.	SI	0	0,0	6	100,0
	NO	6	100,0	0	0,0
3. Dibujar la figura humana.	SI	0	0,0	0	0,0
	NO	6	100,0	6	100,0
4. Reconstruir un maniquí.	SI	0	0,0	0	0,0
	NO	6	100,0	6	100,0
5. Reconstruir la cara.	SI	0	0,0	3	50,0
	NO	6	100,0	3	50,0

Gráfico 10



Fuente: Pacientes del área de terapia de lenguaje

Investigadores: Brigitte Escobar y María Quijije

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el quinto bloque del test denominado: Esquema corporal, se evaluaron las dos fases, inicial y final en las que se observaron los siguientes resultados.

En el primer ítem, en la fase inicial y final los seis pacientes si respondieron lo que corresponde al 100%.

En el segundo ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final los seis pacientes si respondieron lo que corresponde al 100%.

En el tercer ítem, en la fase inicial y final los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100%.

En el cuarto ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100%.

En el quinto ítem, en la fase inicial los seis pacientes no respondieron lo que corresponde al 100% y en la fase final tres pacientes si respondieron lo que corresponde al 50% y tres pacientes corresponden al otro 50%.

CAPÍTULO III.

3. Estrategia de intervención logopédica para un paciente con afasia de broca.

La intervención logopédica en pacientes con afasia, desde la perspectiva de la psicolingüística cognitiva, se estructura sobre la base de las habilidades lingüísticas que permanecen intactas. Por ello es indispensable saber qué padece para poder decidir cómo tratarlo. Se parte de definir las áreas a trabajar durante la intervención, se establecen objetivos específicos a corto y a mediano plazo, así como los métodos generales para alcanzarlos. Tanto los objetivos como los métodos deben ser valorados constantemente para modificarlos en función de los avances o retrocesos del paciente.

La terapia de lenguaje debe ser funcional los objetivos han de plantearse considerando la utilidad que tienen en la vida cotidiana del paciente. Debido a lo anterior, al presentarle una actividad es importante explicarle el propósito de la misma. La planificación de la terapia debe tomar en cuenta la retroalimentación del paciente, es decir, sus comentarios acerca de lo que se le dificulta o desea mejorar.

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo general de la intervención logopédica:

Mejorar las habilidades para el habla, la comprensión, la lectura y la escritura del paciente con afasia de Broca.

3.1.2 Objetivos específicos:

- Reducir las parafasias fonológicas mediante el trabajo con las praxias articulatorias y con técnicas para restaurar el lenguaje articulado (funcionalismos fonemáticos).
- Disminuir la presencia de agramatismos y las dificultades con la denominación de objetos, mediante técnicas para la restauración gramatical (frases y oraciones

marcando los elementos de enlaces) y técnicas para la restauración de la capacidad de reconocer y recordar las palabras (denominación).

- Orientar al paciente sobre la conducta a seguir ante los problemas psicológicos asociados que comprometen la calidad de vida con las técnicas para mejorar la socialización, la atención y la concentración (actividades lúdicas, actividades grupales, talleres conversacionales, musicales, de dibujos, etc.).
- Orientar a la familia y a otras personas cercanas para que interactúen en la comunicación con el paciente.

Las tareas se dirigen a:

- Desinhibición del lenguaje oral.
- Restablecimiento de la pronunciación de las palabras.
- Rehabilitación del vocabulario activo.
- Rehabilitación de la pronunciación de expresiones.

Tarea 1. Desinhibir el lenguaje oral

- Conteo de los días de la semana, de los meses del año, de números.
- Conteo de objetos.
- Entonar melodías conocidas.
- Completar palabras en frases conocidas.
- Repetición conjunta y refleja de palabras, frases.

Tarea 2. Restablecimiento de la pronunciación de palabras

- Funcionalismos fonemáticos y automatización.

- Presentar láminas donde esté representado un objeto o una acción. El especialista pronuncia varias oraciones simples y cortas en las que aparezca la palabra y el paciente debe relacionar lo leído con la lámina correspondiente
- Nombrar objetos.
- Pronunciar palabras a coro con el logopeda en susurro y en voz alta.
- Clasificación de objetos representados en láminas de acuerdo con determinadas características.

Tarea 3.Rehabilitación del vocabulario activo

- Descripción del objeto y hallar la lámina correspondiente y nombrarlo (puede dibujarlos).
- Tantear objetos con el tacto con los ojos cerrados y nombrarlos (puede dibujarlos).
- Decir frases para que las complete.
- Nombrar objetos que pertenecen a determinadas categorías.

Tarea 4. Rehabilitación de la pronunciación de expresiones

- Repetición de frases con apoyo en láminas (¿qué hace?).
- Componer oraciones relacionadas con láminas.
- Lectura de textos y después relacionar los elementos de las láminas con expresiones del texto.

Con el empleo de procedimientos específicos para la afasia motriz eferente se pretende eliminar la inercia patológica que impide la denervación o paso de un sonido hacia otro y por ende, mejorar el esquema dinámico de toda la palabra, frase u oración y mejorar el aspecto gramatical. Por ello resulta prudente realizar actividades como las que se describen a continuación.

- Desinhibición global del mecanismo del lenguaje.

- Repetición pasiva de palabras y series verbales conocidas (puede ser en conjunto).
- Repetición melodiosa.
- Canto.
- Completar frases (método activo): primero muy conocidas y después completar frases y oraciones no conocidas.
- Pronunciar activamente palabras aisladas y luego frases alternando con voz alta, susurro, diferentes tonos y entonaciones.
- Conteo de números, días de la semana.
- Alargar los sonidos.
- Repetición de oraciones marcando la entonación, la articulación.
- Método de las tarjetas, con láminas.
- Para el defecto de la estructura gramatical y sintáctica: Actualización de palabras que significan acciones: Láminas con una misma acción de jugar (voleibol, ajedrez, fútbol), láminas con diferentes acciones (operaciones intelectuales de generalización) (categorización).
- Juegos de mesa (dame, toma, paso, quiero, voy).
- Decir versos, cantar parte de canciones.
- Armar palabras y frases. Terminar pronunciándolas.
- Relaciones gramaticales: tiempo, número, persona.
- Relaciones entre los elementos de enlace en las frases y oraciones (conjunciones, artículos, preposiciones).
- Conjugación verbal.
- Utilización de una misma palabra en diferentes contextos. (“dame el lápiz”, “dibuja con el lápiz”).

- Láminas temáticas que refuercen los enlaces de las palabras (“acérquese a la ventana”, “sepárese de la ventana”, “ponga el cuadro en la ventana”).
- Repetición de oraciones marcando los elementos de enlace.
- Dar diferentes vínculos predicativos para una misma palabra y viceversa.

CONCLUSIONES

- De acuerdo a las distintas fortalezas y debilidades que encontramos en los pacientes con afasia de Broca, se pudo adaptar de manera efectiva la rehabilitación psicolingüística cognitiva , ayudando así a mejorar sus habilidades lingüísticas
- Se logró la programación de un plan de intervención logopedico para los pacientes con afasia de Broca en el cual se introdujo la técnica de la rehabilitación psicolingüística cognitiva.
- Se trabajó con cada uno de los pacientes aplicando la técnica escogida, la cual favoreció a la evolución en la comunicación verbal.
- La última aplicación del test de Minnesota, arrojó una respuesta favorable en la mayoría de los pacientes con afasia de Broca por lo que se pudo constatar que la técnica de rehabilitación psicolingüística ayudó a la mejoría de las alteraciones del lenguaje que presentaban las personas afectadas.

RECOMENDACIONES

Culminada nuestra investigación podemos recomendar lo siguiente:

1. Que en el centro de salud tipo C Chone-Flavio Alfaro siga recibiendo a más estudiantes de la carrera de terapia de lenguaje que lleven la predisposición de aprender y colaborar con sus conocimientos a nuevos estudios.
2. Se recomienda que los profesionales de salud que laboran en esta entidad pública se capaciten frecuentemente sobre temas actuales referentes a la rehabilitación de Afasia de Broca.
3. Se recomienda tomar en cuenta las pautas de intervención logopédica que se aplicaron a los pacientes con Afasia de Broca para los futuros pacientes en el área de terapia de lenguaje.
4. También se recomienda que en el futuro se impartan más charlas y capacitaciones sobre las diferentes técnicas de rehabilitación que se aplican en pacientes con Afasias de Broca.

BIBLIOGRAFÍA

Andrés – Carrillo, C. (2014). Efectos de la depresión post ictus e intervención logopédica, Tesis Doctoral. Barcelona.

Ardila, A (2012). Corteza prefrontal, lenguaje y funciones ejecutivas.

Ardila, A (2009). Lenguaje. Soporte Digital.

Ardila, A. (2005). *Las afasias*. A. Guadalajara, México: Editorial Universidad de Guadalajara.

Ardilla, A. (2006) *Las afasias*. Miami, Universidad Internacional de Florida.

Colás, M. & Buendía, L (1994). *Investigación educativa*. Sevilla: Ediciones ALFAR.

Díaz-Bazo, C. del P. (2017). La investigación-acción en la educación básica en Iberoamérica. Una revisión de la literatura. *Magis. Revista Internacional de Investigación En Educación*, 10(20), 159. doi:10.11144/javeriana.m10-20.iaeb

Diez – García, A (2014). Intervención logopédica en un sujeto con afasia. Trabajo de fin de Grado. Grado en Logopeda. Universidad de Valladolid. España.

Fernández, S. y López– Higes, R. (2005). *Guía de intervención logopédica en afasias*. Madrid: Editorial Síntesis.

Gallardo. B, Hernández. B y Moreno. V (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva*. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3

González - Lázaro y González - Ortuño (2016). Rehabilitación de las afasias. En *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. Enero-Junio 2016, Volumen 16, Número 1, pp. 151 -1 68 ISSN: 0124-1265

González Lázaro, P. y González Ortuño, B. (2012) *Afasia. De la teoría a la práctica*. Madrid, Médica panamericana.

Hernández, M.J.; Maroto, A.; Toro, F.J.: Módulo V(3)“ Tratamiento Educativo de los Trastornos de la Audición y el Lenguaje” Pág. 27 – 31

Luria, A: *El cerebro en acción*. La Habana. Editorial Pueblo y Educación, 1982

Osorio V., J., & Rubio S., G. (2017). INVESTIGACIÓN-ACCIÓN. Investigación-Acción desde un enfoque pedagógico eco-reflexivo: consideraciones para el desarrollo de un programa crítico-hermenéutico. *Paulo Freire*, (8), 97. doi:10.25074/07195532.8.460

Peña – Casanova, J y Pérez – Paliés, M (1985). *La Neuropsicología de Vigotski*

TSvietkova, L. S. (1981). *Rehabilitación en casos de lesiones focales del cerebro*. Moscú : Ed. Academia de Ciencias

Vendrell J.M. (2001) *Las Afasias, semiología y tipos clínicos*. *Rev. Neurol.* 2001: 32: 980-6

ANEXOS

Anexo A.

Encuesta dirigida a seis familiares

1) ¿Usted cree que la sociedad en sí, está apta para ayudar en el estado anímico de las personas afásicas?

Si ()

No ()

2) ¿Cree usted que su familia, está capacitada para afrontar este tipo de enfermedades cerebrales?

Si ()

No ()

3) ¿Está usted informado sobre los procesos que se llevan a cabo en una rehabilitación logopédica?

Si ()

No ()

4) ¿Cree que los factores económicos son un impedimento para llevar a su familiar a la terapia de lenguaje?

Si ()

No ()

5) ¿Usted piensa que el sedentarismo puede ocasionar un accidente cerebrovascular?

Si ()

No ()

6) ¿Piensa usted que los centros de salud de esta ciudad están adecuados para atender este tipo de emergencias?

Si ()

No ()

7) ¿Cuenta el área de rehabilitación donde acude su familiar con los implementos necesarios para tratarlo?

Si ()

No ()

8) ¿Está usted de acuerdo con el proceso de rehabilitación que emplea la terapeuta de lenguaje a su familiar?

Si ()

No ()

9) ¿espera usted un resultado favorable en la mejoría de su familiar al culminar su tratamiento logopedico?'

Si ()

No ()

10) ¿Está usted de acuerdo con el tiempo de tratamiento estipulado que le han asignado a su familiar?

Si ()

No ()

Anexo B.

Encuesta dirigida a cuatro profesionales en el área de terapia de lenguaje

1) ¿Usted piensa que los hospitales y/o centros de salud de primer nivel, se encuentran capacitados para atender de forma adecuada a los pacientes que presentan algún tipo de Afasia?

Si ()

No ()

2) Dentro de las dificultades que enfrenta un paciente con Afasia, ¿Las causas psicológicas son las más implicadas al momento de que la rehabilitación sea positiva?

Si ()

No ()

3) ¿Usted considera importante que se realice un protocolo de atención emergente de terapia de lenguaje, después de las veinticuatro horas suscitado el accidente?

Si ()

No ()

4) ¿Considera como parte fundamental para la rehabilitación, que el aporte familiar sea necesario?

Si ()

No ()

5) Para tener resultados positivos durante la rehabilitación del paciente ¿Usted considera importante saber sus fortalezas y debilidades, previas al accidente?

Si ()

No ()

6) ¿Está de acuerdo en que se realice un plan de intervención diferente en cada paciente con Afasia?

Si ()

No ()

7) ¿Considera que la intervención multidisciplinaria es fundamental para la rehabilitación del paciente Afásico?

Si ()

No ()

8) ¿Conoce usted acerca de la rehabilitación psicolingüística cognitiva?

Si ()

No ()

9) ¿Usted aplica la rehabilitación psicolingüística cognitiva a los pacientes con Afasia de Broca?

Si ()

No ()

10) ¿Considera suficiente tratar a un paciente con Afasia de Broca mínimo tres veces por semana?

Si ()

No ()

Anexo C.

TEST DE MINNESOTA (Schuell&Cols)

Comprensión auditiva:

1. Discriminación de parejas de objetos de nombre similar.
2. Reconocimiento de letras en un conjunto con 5- 6. Nombrarlas previamente.
3. Reconocimiento de agrupamientos de objetos. En una lámina en la que figuran diversos objetos, señalar los que se nombren de dos en dos y de tres en tres.
4. Comprensión de oraciones, con respuesta de sí o no.
5. Órdenes verbales. Se dan órdenes mediante enunciados de longitud creciente.
5. Comprensión de un texto leído con posteriores respuestas (si/no) a preguntas que se hagan sobre él.
6. Repetición de oraciones.
7. Repetición de dígitos. Repetir 4- 5- 6 dígitos en sentido creciente y en decreciente

Reconocimientos visuales y lectura:

1. Semejanzas de letras. A partir de 6 tarjetas en las que hay 5- 6 letras. Se da una tarjeta de muestra.
2. Apareamiento nombres/figuras. Tarjetas con seis figuras de objetos comunes. Se dan tarjetas con los nombres escritos.
3. Señalar nombres escritos. Se nombran sucesivamente 12 objetos.
4. Responder a frases escritas. Se presentan 12 oraciones y se responde sí o no.
5. Velocidad de lectura. Se anota el tiempo empleado para realizar la prueba.

6. Lectura de párrafos. Evaluación de la comprensión mediante respuestas de sí/no.

7. Lectura de 15 palabras de 1 a 4 sílabas, en voz alta.

8. Lectura en alta voz de 30 oraciones.

Expresión verbal:

1. Exploración de diez praxias. Se incluye deglución–masticación.

2. Repeticiones silábicas. Repetir lo más rápidamente posible una sílaba.

3. Repetición de 32 palabras monosilábicas.

4. Repetición de 20 frases.

5. Contar hasta 20.

6. Días de la semana y/o meses del año.

7. Completar oraciones.

8. Responder a preguntas simples que necesiten solo una palabra como réplica.

9. Expresión de ideas. Decir tres cosas que haya hecho en el día y otras tres genéricas.

10. Formación de frases a partir de palabras estímulo.

11. Descripción de una escena.

12. Nombrar 20 objetos comunes.

13. Definir palabras.

14. Repetir un párrafo.

Reproducción gráfica y escritura:

1. Copiar 5 letras griegas.

2. Escribir hasta 20.
3. Mostrar una rueda 10 segundos y dibujarla después
4. Escribir al dictado 26 letras.
5. Deletrear 10 palabras para que se escriban seguidamente.
6. Deletrear la lista de palabras utilizada con anterioridad.
7. Escribir frases a partir de palabras estímulo.
8. Escribir al dictado siete frases.
9. Se muestra una escena y se pide que se describa por escrito

Esquema corporal:

1. Señalar partes del cuerpo.
2. Nombrar partes del cuerpo.
3. Dibujar la figura humana.
4. Reconstruir un maniquí.
5. Reconstruir la cara.

Relación de ítems:

1. **Habla de conversación y exposición.** A través de esta sección se sitúa el lenguaje del sujeto en un nivel de una escala de severidad del 0 al 5 y se saca un perfil de las características del habla que incluye prosodia, longitud de la frase, agilidad articulatoria, forma gramatical, parafasias, capacidad para la repetición, denominación y comprensión verbal.

2. **Comprensión auditiva.** Discriminación de palabras a partir de dibujos. Identificación de partes del cuerpo.

- Realización de órdenes verbales.
- Comprensión de un material ideativo complejo.

3. Expresión oral.

- Agilidad oral (realización de praxias orales y repetición durante 5'' de palabras lo más rápido posible).
- Secuencias automatizadas (días, semanas, meses, series numéricas, alfabeto). o Recitado, canto y ritmo.
- Repetición de palabras, de frases.
- Lectura de palabras.
- Respuesta de denominación.
- Denominación por confrontación visual.
- Denominación de partes corporales.
- Nombrar animales (fluidez en 15'', 30'', 45'', 60'', 75'', 90'')
- Lectura de canciones en voz alta.

4. Comprensión del lenguaje escrito.

- Discriminación de letras y palabras.
- Asociación fonética (reconocimiento de una palabra de entre varias mediante deletreo oral).
- Emparejar dibujo- palabra escrita.
- Lectura de oraciones y párrafos.

5. Escritura.

- Mecánica de la escritura (nombre y dirección, copia de una frase).
- Recuerdo de símbolos escritos (escritura seriada: alfabeto, números, dictado elemental).
- Encontrar palabras escritas (deletreo al dictado, escritura de nombres tras confrontación visual de dibujos).

- Formulación escrita (escritura narrativa, oraciones escritas al dictado).
- Pruebas no verbales complementarias.
- Dibujar siguiendo las instrucciones
- Reconocimiento de los dedos.
- Orientación izquierda- derecha.
- Praxias.

Anexo D

Figura 1, 2, 3 y 4 ejercicios mio-funcionales, cognitivos y de estimulación psicolingüísticas.



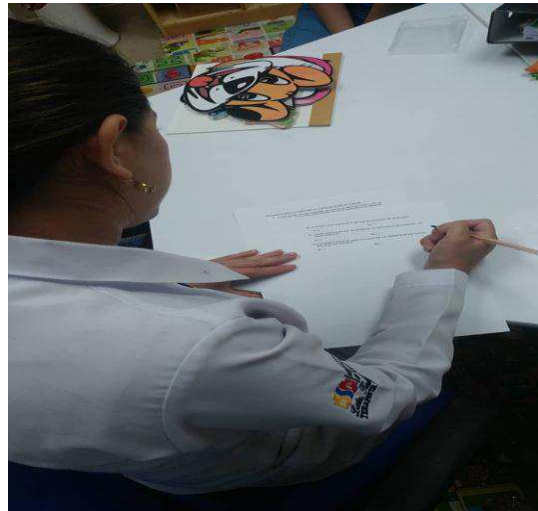
Anexo E

Figura 5, 6, 7, 8, 9 y 10 desinhibición del lenguaje expresivo, ejercicios miofuncionales



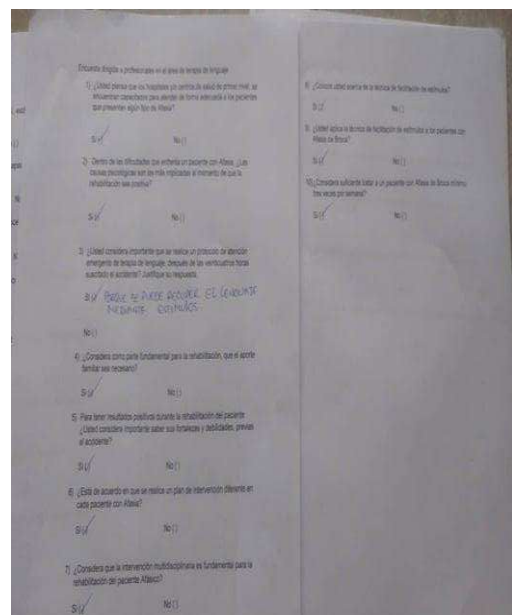
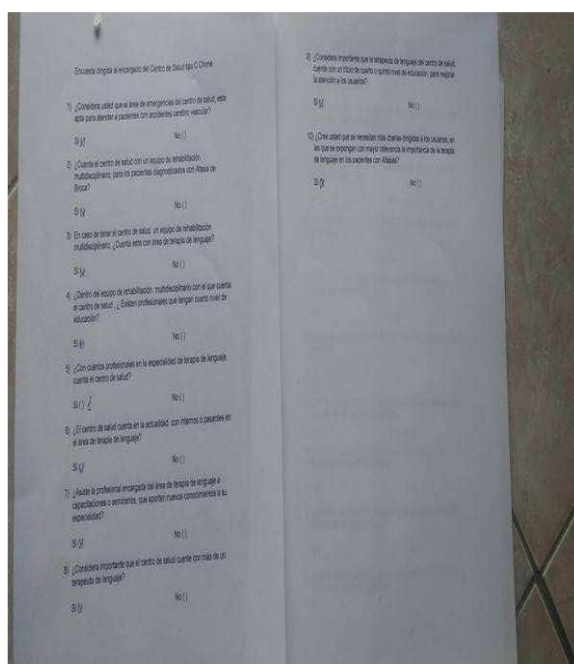
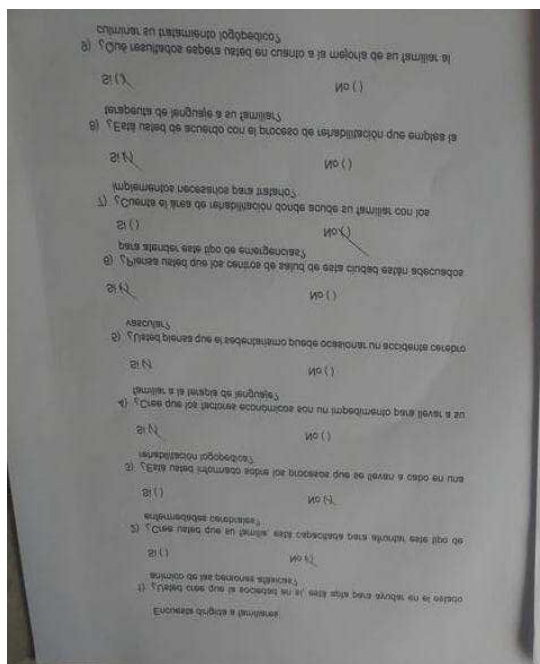
Anexo F

Figura 11, 12, 13 y 14 Encuesta dirigida a familiares y profesionales del área de terapia de lenguaje



Anexo G

Figura 15, 16 y 17 encuestas resueltas por familiar, profesional de terapia de lenguaje y entrevista



Anexo H

Figura 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, y 37, historias clínicas de los 6 pacientes con Afasia de Broca.

CENTRO DE SALUD DE CHONE TIPO C
ÁREA DE TERAPIA DE LENGUAJE

Ficha Logo pedagógica Resultado SI No
 Apellidos y Nombres: Alfonso Víctor Sánchez Espinoza
 Fecha de Nacimiento: septiembre 01 de 1997
 Edad: 19
 Dirección: Universidad Pío IX Guano
 Esta Persona fue Requiere Por Problemas De:
 Asfixia Voz Lengua Aprendizaje Otros

Datos Familiares
 Nombre De Madre: Marta Figueroa Edad: 40 años
 Ocupación: Química Analítica
 Nombre Del Padre: Alfonso Sánchez Edad: 40 años
 Ocupación: Abogado
 Números De Hijos: 2 Lugar Que Ocupa El Niño: 1

Familiares Con Problemas De Lengua
 Parentesco:
 Problemas:
Antecedentes Personales
 Prenatal:
 Duración Del Embarazo: 9 meses
 Enfermedades:
 Hemorragias: Otros:

Natal Y Posnatal
 Lugar De Nacimiento: Hospital Néstor Cerda Carbonero
 Parto Normal Cesares Fórceps
 Tiempo De Labor: Normal
 Asfixia Cianosis
 Ictericia Otros:

Impresión General Del Desarrollo De Niño
 Alimentación: normal
 Dificultad Para Deglutir:
 Dentición:
 Se Sentó: 6 meses
 Gateo: 8 meses
 Camino: 10 meses

CENTRO DE SALUD DE CHONE TIPO C
ÁREA DE TERAPIA DE LENGUAJE

EVALUACION DE LA ESTRUCTURA Y FUNCION ORAL.

I. LA LENGUA
 I. Producción recta
 II. Lateralización a la izquierda y derecha
 III. Elevación (hacia los dientes superiores)
 IV. Tamaño normal
 V. Movimientos alternos:
 1. Sacar y meter la lengua
 2. colocar la lengua alternativamente en los extremos de la boca
 3. Produzca ola
 4. Produzca ka
 5. Hacer vibrar

II. Acanalarla
III. Temblores en la lengua
III. Observación en doble de la lengua

2. LOS LABIOS
 I. Simetría y forma
 II. Producción de los labios (o)
 III. Retraiga los labios (i)
 IV. Abra y cierre la boca
 V. Apretados juntos
 VI. Produzca pa ma
 VII. Observación normal

3. EL PALADAR
 I. Simetría y forma
 II. Úvula
 III. Movimiento del velo
 IV. Observación normal

CENTRO DE SALUD DE CHONE TIPO C
ÁREA DE TERAPIA DE LENGUAJE

4. LOS DIENTES
 I. Implantes
 II. Estado
 III. Oclusión
 IV. Dentadura postiza
 V. Observación normal

5. MOVIMIENTO DE LA MANDIBULA
 I. Derecha
 II. Izquierda
 III. Adelante
 IV. Rotación

6. POR OBSERVACION
REPORTE DEL PACIENTE.
 I. Deglución voluntaria involuntario
 II. Mastica la comida No (foco)
 III. Carraspear Foco
 IV. Sialorrea
 V. Reflejo del paladar
 VI. Dificultades con inicio de los movimientos orales

CENTRO DE SALUD DE CHONE TIPO C
ÁREA DE TERAPIA DE LENGUAJE

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA DE LENGUAJE

() Defecto de la articulación o producción de fonemas (distalía)
 () Disfunción de lenguaje (P.C.I. afasia, distalía)
 () Retraso de lenguaje
 () Ausencia de lenguaje (Hipoplasia, sordo mudo, autismo)
 () Defecto de formación o producción de voz (disfonía)
 () Defecto de ritmo (disfemia, tartamudez, inquilata, bradilalia)
 () Autismo
 () Síndrome Down

OBSERVACION: Paciente de 19 años de edad, post-quirúrgico de un accidente cerebrovascular del lado izquierdo, lo cual también produjo

DIAGNOSTICO: A.C.V.C
Fisica: 81%

TELEFONO: _____
 REA DE TERAPIA DE LENGUAJE
 CHA: _____
 A: _____ MES: _____ AÑO: _____
 RARIOS: _____

ESTABLECIMIENTO _____ **USUARIO** _____ **APellidos** _____ **EDAD** _____ **Nº HISTORIA CLINICA** 8760

1 EVOLUCION
 FECHA: 2019-08-05
 HORA: 10:00
 PESO: 51.00 kg
 TALLA: 162 cm
 TEMPERATURA: 36.5

2 PRESCRIPCIONES
 (A) Antibiótico
 (B) Analéptico

Paciente con alteración de la voz que persiste por problemas de la voz en donde llega sin saber leer.

ESTABLECIMIENTO _____ **USUARIO** _____ **EDAD** _____ **Nº HISTORIA CLINICA** 8760

1 MOTIVO DE CONSULTA
alteración de la voz

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Paciente con alteración de la voz que persiste por problemas de la voz, en donde llega sin saber leer y esto el motivo de la consulta.

3 REVISION ACTUAL DE SISTEMAS
 I. VISIÓN II. AUDICIÓN III. CIRCULACIÓN IV. RESPIRATORIO V. DIGESTIVO
 VI. GENITAL VII. URINARIO VIII. ENDOCRINO IX. HEMOLÍNEO X. NEUROLÓGICO

ESTABLECIMIENTO: _____ LOCALIDAD: _____

1 EVOLUCION

FECHA (DD/MM/AA)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	PRESCRIPCIONES
7/11/2014	10:00	Paciente masculino con antecedentes de hipertension, hace años, con PA: 120/80. Aumento de peso, insomnio, molestias por el calor del verano y aumento de la ansiedad. Refiere estar en tiempos por su enfermedad de HT, con sintomatología.	1) IASV 2) Medidas tensio 3) Atorvastatina 20mg #60 4) Bisoprolol 5mg #60 5) calcio 6) metoprolol
20/10-11-30	120/70	Dolor lumbar	(1) Diclofenaco 75mg #30
30/10/14	110/80	Dolor dorsal	(2) Paracetamol 1000mg #60
06/11/14	86 KP	T.H.S.4	
20/10-02-09	120/70	Centel	(3) Diclofenaco 75mg #30
30/10/14	98 KP	Dolor lumbar	(2) Paracetamol 1000mg #60
05/11/14	85 KP	T.F.D. 1.70	(3) Comprimidos B.H. #30
16/11/14	162 cm		

9/5/16 - Paciente que ha regresado desde el extranjero, con antecedentes de hipertension y diabetes. Se le indica tratamiento con IASV, calcio y metoprolol. Se le indica control de la enfermedad de HT y diabetes. Se le indica control de la enfermedad de HT y diabetes.

Dr. Carlos María Pérez
Médico Generalista
C.O. de la Provincia de Buenos Aires
C.O. de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Carlos María Pérez
Médico Generalista
C.O. de la Provincia de Buenos Aires
C.O. de la Provincia de Buenos Aires

1 CARACTERISTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO

2 CUADRO CLINICO ACTUAL

Paciente masculino con antecedentes de hipertension, hace años, con PA: 120/80. Aumento de peso, insomnio, molestias por el calor del verano y aumento de la ansiedad. Refiere estar en tiempos por su enfermedad de HT, con sintomatología.

3 RESULTADOS DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4 DIAGNOSTICO

5 TRATAMIENTO REALIZADO

Tratamiento realizado: Tratamiento farmacológico, ejercicio, ocupacional y de alimentación, #15 días.

Fecha: 07-07-14
Interconsulta - SOLICITUD

Ministerio de Salud Pública
Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Dirección Nacional de Discapacidades - DND

CERTIFICADO MEDICO ESPECIALISTA/TRATANTE
Form # 107

Lugar y Fecha: Quito 07 Abril 2015

Certifico haber realizado la Evaluación Médica de (nombres y apellidos completos): CHAVEZ MARCOS JUAN PABLO con C.I. 131393646 quien presenta un diagnóstico de:

- TRASTURNO DE CONDUCTA CODIGO CIE 10 F06.0
- TRASTURNO DE CONDUCTA CODIGO CIE 10 F06.0

Se empezó tratamiento el (fecha): 20/10/2014 de tipo TRASTURNO DE CONDUCTA Ejemplo: farmacológico (describir fármacos y dosis), rehabilitación (terapia física, lenguaje, educación especial), quirúrgico (tipo y fecha de cirugía). Presenta secuelas que podrían mejorar: POC (ejemplo: mucho, poco, nada) funcionalmente, si es sometido a: TRASTURNO DE CONDUCTA (ejemplo: terapia/nueva cirugía/fármacos/etc.)

A pesar del tratamiento realizado y como consecuencia de esta condición de salud el (titular) presenta:

6. SIGNOS VITALES, ANTROPOMETRIA Y TAMIJAJE

7. EXAMEN FISICO

Examen físico: Normal

Examen físico: Normal

Examen físico: Normal

ESTABLECIMIENTO: Centro Salud Elvira, NOMBRE: Pedro Henao, N° HISTORIA CLINICA: 84430

1 EVOLUCION

Fecha: 20-10-16
Edad: 65 años
Peso: 65.9
P/A: 130/80
Talla: 165 cm
T°: 36.6°C

09-11-2016
MC: Control de HTA
Paciente con Antecedentes de Hipertensión Arterial 3 años.
Al momento comparendo de hipertensión de base. Aunque poder ser algún cambio de suma de evolución.
De HTA JVD??

15-12-2016
P.A.: 130/80
T°: 36.5°C
Peso: 66
Talla: 165
T.M.C.: 24.2

MC: Control de HTA
Paciente con HTA de 3 años.
Al momento comparendo de hipertensión de base. Aunque poder ser algún cambio de suma de evolución.
De HTA. Paciente hipertensivo. Paciente.

2 PRESCRIPCIONES

1) Clonidina 12.5 #60
2) Nifedipina 30mg #30
3) Lisinapril 10mg #30

1) Amlodipino 5mg #30
2) Nifedipina 30mg #30
3) Lisinapril 10mg #30

ESTABLECIMIENTO: Centro Salud Elvira, NOMBRE: Pedro Henao, N° HISTORIA CLINICA: 84430

6 CUADRO CLINICO DE INTERCONSULTA

Paciente de 65 años en antecedentes de HTA y ECV que dejó como secuela hemiparesia derecha y alteración del habla. Presenta debilidad derecha distal y dolor de miembros superiores derechos. Disminución de la faja muscular del hombro derecho.

7 RESUMEN DEL CRITERIO CLINICO

Hemiparesia derecha en miembros distales y miembros inferiores de miembros superiores de la faja muscular del hombro derecho.

8 DIAGNOSTICO

1	Lesión de Amielos	1458*	X	1
2	Hemiparesia d	6019	X	1

9 EXAMENES COMPLEMENTARIOS PROPUESTOS

10 PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO

Terapia física y Termoterapia en Amielos d y miembros inferiores derechos y miembros superiores del hombro derecho.
Ejercicios de fortalecimiento del hombro d.
Ejercicios de fortalecimiento de los M.I.S. con banda elástica y cinta.
Terapia de lenguaje.
15 Sesiones. Consulta subsiguiente al término.

ESTABLECIMIENTO: Centro Salud Elvira, NOMBRE: Pedro Henao, N° HISTORIA CLINICA: 84430

1 EVOLUCION

Fecha: 20-10-16
Edad: 65 años
Peso: 66.7
P/A: 140/80
Talla: 165 cm
T°: 36.6°C

09-11-2016
MC: Control de HTA
Paciente con Antecedentes de Hipertensión Arterial 3 años.
Al momento comparendo de hipertensión de base. Aunque poder ser algún cambio de suma de evolución.

2 PRESCRIPCIONES

1) Clonidina 12.5 #60
2) Nifedipina 30mg #30
3) Lisinapril 10mg #30

1) Amlodipino 5mg #30
2) Nifedipina 30mg #30
3) Lisinapril 10mg #30

ESTABLECIMIENTO: Centro Salud Elvira, NOMBRE: Pedro Henao, N° HISTORIA CLINICA: 84430

2 ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes de hipertensión arterial (3 años) y enfermedad coronaria (1999).

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus (1999).

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Amielos (HTA) refiere que desde 2012 en el miembro derecho se le dificultó a elevar el brazo y desde 2013 en el miembro izquierdo se le dificultó a elevar el brazo. Actualmente no refiere dolor de miembros superiores ni de miembros inferiores.

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

1	ORGANOS DE LOS SENTIDOS	2	CARDIO VASCULAR	3	RESPIRATORIO	4	DIAGNOSTICO	5	URINARIO	6	ENDOCRINO	7	REPRODUCTIVO
---	-------------------------	---	-----------------	---	--------------	---	-------------	---	----------	---	-----------	---	--------------

ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA
SITE	Stecora	Cuba Vieja	N 19	13/11/99	

1 CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN: Hospital
MOTIVO: Quirú

2 CUADRO CLÍNICO ACTUAL

Paciente en hemiplajia por elli que
tiene 4 años de edad.
Se suspenden terapias físicas y TC en
mediana

3 RESULTADOS DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4 DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	DE	PRE	DE	PRE	DE
1. Hemiplajia	8/12	X			
2. Hemiparesia	6/11	X			

6 TRATAMIENTO REALIZADO

TC en medicina General

María L. Colera Rodríguez
Médico Internista
CUBA

INTERCONSULTA - SOLICITUD

ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA
Tipoc	Cataluña	Urb. Havana	H 24	13/11/99	

1 MOTIVO DE CONSULTA

Reevaluación de discapacidad

2 ANTECEDENTES PERSONALES

Alergia: No
Reacciones: asma y cambios por hemorragia cerebral en tiempo
de recuperación y hemorragias que afectan a los

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

padre: M. Torres Trujillo

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

no se sabe si se trata de un problema de aprendizaje
o de un problema de conducta. Se debe evaluar el nivel de desarrollo
de la lengua para poder determinar el tipo de intervención a seguir.
Se debe evaluar el nivel de desarrollo de la lengua para poder determinar
el tipo de intervención a seguir.

5 REVISIÓN ACTUAL DE ORGANOS Y SISTEMAS

ORGANOS Y SISTEMAS	EXAMEN	RESULTADO
1. CARDIOVASCULAR	EXAMEN	RESULTADO
2. RESPIRATORIO	EXAMEN	RESULTADO
3. GASTROINTESTINAL	EXAMEN	RESULTADO
4. RENAL	EXAMEN	RESULTADO
5. MUSCULO ESQUELÉTICO	EXAMEN	RESULTADO
6. GENITAL	EXAMEN	RESULTADO
7. ENDOCRINO	EXAMEN	RESULTADO
8. NEUROLOGICO	EXAMEN	RESULTADO

6 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA

FECHA DE MEDICION: 13/11/99
TEMPERATURA: 37.2
PULSO: 113/70

7 EXAMEN FISICO REGIONAL

1. CABEZA: X
2. OJOS: X
3. OÍDOS: X
4. GARGANTA: X
5. PULMO: X
6. CORAZÓN: X
7. ABDOMEN: X
8. GENITALES: X
9. ENDOCRINO: X

creación de un programa de intervención educativa y de desarrollo
de la lengua para poder determinar el tipo de intervención a seguir.
Se debe evaluar el nivel de desarrollo de la lengua para poder determinar
el tipo de intervención a seguir.

8 DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	DE	PRE	DE	PRE	DE
1. Hemiplajia	8/12	X			
2. Hemiparesia	6/11	X			

9 PLANES DE TRATAMIENTO

Reevaluación a través de un programa de intervención educativa
y de desarrollo de la lengua para poder determinar el tipo de
intervención a seguir.

INTERCONSULTA - CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno: Mena
Apellido materno: Cárdenas
Nombres: Jethu Jethu
Fecha de nacimiento: 10/10/1991

1 REFERENCIA: [X] DERIVACIÓN: []

1 Datos Institucionales

Entidad del sistema	No. de ARCHIVO	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Provincia
MST	110504	C. S. CUBA	C	13/11/99

2 Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutiva
Ausencia temporal del profesional
Falta de profesional
Saturación de capacidad instalada
Otros Especificar: Necesidad de un profesional de un especialidad de un hospital

3 Resumen del cuadro clínico

Autodeterminación de capacidades intelectuales por el paciente

ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA
Tipoc	Tipoc	Tipoc	H 19	13/11/99	

1 CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN: Tipoc
MOTIVO: Terapia Física

2 CUADRO CLÍNICO ACTUAL

Paciente con lesión de la columna cervical que ocasiona dolor
de cuello y en la zona lumbar en la zona cervical
terapia física con fines de rehabilitación y
de la zona cervical

NOMBRE: Alfonso APELLIDO: Jurado SEXO: M EDAD: 52 FECHA: 11/04/18
 C.E. Chimilán C.A. 1 C.M. 1 C.P. 24

1 MOTIVO DE CONSULTA
 Estado ansioso por permanecer pronto.

2 ANTECEDENTES PERSONALES
 - Marica pasado.

3 ANTECEDENTES FAMILIARES
 - Hermanos.

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
 Pte. de 52 años de edad, referido a subconsulta por estado ansioso, refiere que se quiere permanecer pronto, debidamente por algunos días de meses.

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

1. RESPIRATORIO	2. DIGESTIVO	3. GENITAL	4. MUSCULO ESQUELÉTICO
5. CARDIOVASCULAR	6. URINARIO	7. ENDOCRINO	8. NEUROLÓGICO

6 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRÍA
 FECHA DE MEDICIÓN: 23-02-2018 H: 03 / 2018
 TEMPERATURA: 36°C / 35°C
 FRECUENCIA CARDÍACA: 110 / 70 / 110 / 80
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: 16 / 16 / 16 / 16

7 EXAMEN FÍSICO REGIONAL

1. CABEZA	2. OJOS	3. OÍDOS	4. FARINGE	5. PULSO	6. EXTREMIDADES
-----------	---------	----------	------------	----------	-----------------

8 DIAGNÓSTICO
 Epresión Depresiva leve #3242

9 PLANES DE TRATAMIENTO
 - Psicoterapia (familiar)
 - T.R.E.
 - Psicoterapia (TCC)

FECHA: 23/02/18 HORA: 14:40 CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO
 DR. MSP: [Firma]

NOMBRE: Alfonso APELLIDO: Jurado SEXO: M EDAD: 52 FECHA: 11/04/18
 C.E. Chimilán C.A. 1 C.M. 1 C.P. 24

1 CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO
 Estado ansioso por permanecer pronto.

2 CUADRO CLÍNICO ACTUAL
 Estado ansioso por permanecer pronto, refiere que se quiere permanecer pronto, debidamente por algunos días de meses.

3 RESULTADOS DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4 DIAGNÓSTICO
 Epresión Depresiva leve #3242

5 TRATAMIENTO REALIZADO
 - Psicoterapia (familiar)
 - T.R.E.
 - Psicoterapia (TCC)

FECHA: 11-04-18 HORA: 14:40 INTERCONSULTA - SOLICITUD
 DR. MSP: [Firma]