



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

ÁREA DE SALUD

CARRERA DE TERAPIA DE LENGUAJE

**TITULO DEL INFORME FINAL DEL
ESTUDIO DE CASO**

**CARACTERÍSTICAS DE LA AFASIA MOTORA EN
PACIENTE CON EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL**

AUTOR:

JANETH MARICELA BENAVIDES GONZÁLES

TUTORA:

LIC. ROSA ÁLAVA CHAVARRÍA, MG.

MARZO, 2017



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ EXTENSIÓN CHONE

CARRERA DE TERAPIA DE LENGUAJE

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Rosa Álava Chavarría, Mg. Docente de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, extensión Chone, en calidad de Tutora del Trabajo de Titulación Modalidad Estudio de Caso titulado: **CARACTERÍSTICAS DE LA AFASIA MOTORA EN PACIENTE CON EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL**, ha sido exhaustivamente revisado en varias sesiones de trabajo y se encuentra listo para presentación y apto para su defensa. Las opiniones y conceptos plasmados en este Informe Final son fruto del trabajo, perseverancia y originalidad de su autora: **BENAVIDES GONZALES JANETH MARICELA**, siendo de su exclusiva responsabilidad.

Chone, Marzo de 2017

Lic. Rosa Álava Chavarría, Mg
TUTORA



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

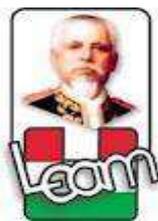
CARRERA DE TERAPIA DE LENGUAJE

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Dejo en constancia que el presente Trabajo de Titulación Modalidad Estudio de Caso, titulado: **CARACTERÍSTICAS DE LA AFIASIA MOTORA EN PACIENTE CON EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL**, es inédito y original por lo que eximo expresamente a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, opiniones, investigaciones, resultados, conclusiones y recomendaciones vertidos en el presente trabajo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Janeth Maricela Benavides Gonzales

AUTORA



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

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Trabajo de Titulación siguiendo la modalidad Informe Final: Estudio de Caso: **CARACTERÍSTICAS DE LA AFASIA MOTORA EN PACIENTE CON EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL**, elaborada por la egresada **Janeth Maricela Benavides Gonzales**, con C.I.131230043-5, egresada de la Carrera de Terapia de Lenguaje.

Ing. Odilón Schnabel Delgado

DECANO

Lic. Rosa Álava Chavarría, Mg

TUTORA

MIEMBRO DE TRIBUNAL

MIEMBRO DE TRIBUNAL

Lic. Fátima Saldarriaga

SECRETARIA

DEDICATORIA

Dedico este logro alcanzado a Dios por darme la fortaleza de seguir cada día y alcanzar mis metas, a mi familia y a quienes a lo largo de estos años han sido parte de este proceso de aprendizaje y vivencias que han sido parte de mi formación académica. A todos y cada uno ellos, Gracias

Janeth.

AGRADECIMIENTO

De manera muy especial a mi mamá Carmita Edith Gózales Rivera, a mi papá Wilson Salvador Benavidez Pallaroso, a mi esposo Wilter Bienvenido Álvarez Zambrano por haberme apoyado durante esta etapa de estudio.

Janeth.

RESUMEN

El presente Estudio de caso se crea con la finalidad de presentar una investigación sobre las características de la afasia motora en paciente con epilepsia del lóbulo temporal. La información bibliográfica científica y de investigaciones previas, aportan y nutren los conocimientos que sirve de sustento en la indagación sobre las singularidades que presentan pacientes con epilepsia del lóbulo temporal y sus dificultades de habla antes y después de un episodio de epilepsia. La metodología aplicada pone de manifiesto cuestionamientos como: ¿Cuál es el objetivo principal para la reeducación vocal?, ¿Cómo lograr el control muscular del paciente?, ¿Cómo se diferencia la respiración normal y la respiración fónica?, ¿Cuál es la principal técnica reeducativa para los órganos de la articulación?, las mismas que derivan en el planteamiento de la propuesta que busca describir la utilización de técnicas de rehabilitación para trabajar el desarrollo de la recuperación en los trastornos del lenguaje en paciente epiléptico, brindando de esta manera una vía para mejorar la calidad de vida del paciente con una terapia de lenguaje.

PALABRAS CLAVES:

Afasia motora, epilepsia del lóbulo temporal, terapia de lenguaje.

ABSTRACT

The present case study was created with the purpose of presenting an investigation on the characteristics of motor aphasia in a patient with temporal lobe epilepsy. The scientific literature and previous research provide and nourish the knowledge that serves as a basis in the investigation of the singularities that present patients with temporal lobe epilepsy and their speech difficulties before and after an epileptic episode. The applied methodology reveals questions such as: What is the main objective for the vocal reeducation ?, How to achieve the muscular control of the patient ?, How is the normal breathing and the phonic respiration different ?, What is the main reeducation technique for the organs of the articulation ?, the same that derive in the approach of the proposal that seeks to describe the use of rehabilitation techniques to work the development of the recovery in the language disorders in epileptic patient, thus providing a way for Improve the quality of life of the patient with a speech therapy.

KEY WORDS:

Motor aphasia, temporal lobe epilepsy, speech therap

ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
PALABRAS CLAVES:.....	vii
ABSTRACT.....	viii
KEY WORDS:.....	viii
3. JUSTIFICACIÓN.....	1
4. INFORME DEL CASO	2
4.1. DEFINICIÓN DEL CASO.....	2
4.1.1. Presentación del Caso.....	7
4.1.2. Ámbitos de estudio.....	8
4.1.3. Actores implicados.....	8
4.1.4. Identificación del problema.....	8
4.2. METODOLOGÍA	9
4.2.1. Listas de Preguntas.....	10
4.2.2. Fuentes de Información.....	10
4.2.3. Técnicas para la Recolección de Información.....	11
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	12
5.1. DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA.....	12
5.2. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA	12
5.2.1. Objetivo general	12
5.2.2. Objetivos Específicos.....	12
5.3. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA.....	12
5.3.1. Caracterización de la Propuesta	12
5.3.2. Descripción de las necesidades que reule ve de acuerdo al diagnóstico de campo	13
5.4. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA.....	21
5.4.1. Actividades y tareas	21
6. BIBLIOGRAFÍA.....	22
7. ANEXOS	

3. JUSTIFICACIÓN

En este presente estudio de caso de la carrera de terapia de lenguaje busca alcanzar la rehabilitación con ayuda del equipo multidisciplinario y así poder evaluar el diagnóstico desde la valoración de la enfermedad de epilepsia.

Paciente femenina de 25 años, con antecedentes Epilepsia tónico-clónica-generalizada (gran mal), La Epilepsia es una enfermedad neurológica frecuente, con gran impacto en la sociedad, y de ese grupo de enfermedades, la Epilepsia Tónico-Clónico-Generalizada (Gran Mal) es una de las más prevalentes, insidentes y compejas de todas las epilepsias. Este tipo de Epilepsias, trae como consecuencia en edades tempranas daños en estructuras cerebrales, tales como los lóbulos temporales, zona donde se procesa la comprensión del lenguaje, en consecuencia aparece la Afasia sensitiva. También esas Epilepsias dañan zonas motoras, área cortical donde se procesa la estructura de la palabra, en consecuencia aparece la Afasia Motora.

También las Epilepsias presentan la dificultades donde dañan zonas motoras, área cortical donde se procesa la estructura de la palabra, en consecuencia aparece la Afasia Motora. La epilepsia se compone de un conjunto heterogéneo de enfermedades con una elevada prevalencia y es una de las causas de consulta más frecuentes en un servicio de Neu- rología. Se puede definir como una alteración del cerebro caracterizada por la predisposición mantenida a generar crisis epilépticas (CE) y por las consecuencias neurobioló- gicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta alteración.

La propuesta esta basada en la utilizacion de técnicas de rehabilitacion, como la praxis lingual, labial, mandibular, del velo del paladar la misma que se aplica despues de que a la paciente femenina de 25 años le da la crisis epilepticas. Aplicando la terapia de relajacion, respiracion y articulacion que son herramientas para trabajar el desarrollo de su recuperacion y alcanzar en la paciente un estado de tranquilidad en su entorno social y familiar que se ve afectado. Sus familiares directos no tiene el conocimiento de como comunicarse con ella despues de un episodio de epilepsia ya que suelen durarle las secuelas por uno o dos días, lo que hace imposible la comunicacion con la paciente.

4. INFORME DEL CASO

4.1. DEFINICIÓN DEL CASO

Según la Guía diagnóstica y terapéutica de la sociedad Española de Neurología en uno de sus artículos aporta que . **Crisis Epiléptica:** Es la presencia transitoria de síntomas y signos, debidos a una actividad anormal excesiva sincrónica del Cerebro y **Epilepsia:** Es una alteración del cerebro, caracterizada por una predisposición duradera para generar crisis epilépticas y por sus consecuencias neurocognitivas, psicológicas y sociales. La definición de Epilepsia requiere la aparición de, una crisis epiléptica. En consecuencia, las **Crisis epilépticas generalizadas:** Se originan en algún punto de redes de descargas rápidas bilaterales. Tales redes, incluyen estructuras corticales y subcorticales, pero no necesariamente incluyen la totalidad de la corteza. Aunque en crisis aisladas, el comienzo puede aparecer focalizado (Sociedad Española de Neurología, 2012).

La Epilepsia en el Mundo

La Epilepsia es una enfermedad neurológica frecuente, con gran impacto en la sociedad, y de ese grupo de enfermedades, la Epilepsia Tónico-Clónico-Generalizada (Gran Mal) es una de las más prevalentes, insidentes y complejas de todas las epilepsias. Este tipo de Epilepsias, trae como consecuencia en edades tempranas daños en estructuras cerebrales, tales como los lóbulos temporales, zona donde se procesa la comprensión del lenguaje, en consecuencia aparece la Afasia sensitiva. También esas Epilepsias dañan zonas motoras, área cortical donde se procesa la estructura de la palabra, en consecuencia aparece la Afasia Motora (Cuetos Vega, 2011).

La epilepsia se compone de un conjunto heterogéneo de enfermedades con una elevada prevalencia y es una de las causas de consulta más frecuentes en un servicio de Neurología. Se puede definir como una alteración del cerebro caracterizada por la predisposición mantenida a generar crisis epilépticas (CE) y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta alteración, y requiriéndose al menos la existencia de una CE. Es una de las enfermedades que más afectan a la calidad de vida del paciente.

Según la Organización Panamericana de la Salud en un Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica: Este informe es un documento técnico sobre la situación de la epilepsia a nivel regional de las Américas, que fue promovido por la Organización Panamericana de la Salud, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y el Buró Internacional para la Epilepsia (IBE). El informe fue coordinado por el Dr. Carlos Acevedo. La revisión técnica fue realizada por el Dr. Víctor Aparicio Basauri, asesor subregional de salud mental, para Centroamérica, Caribe hispano, México (OPS/OMS).

Magnitud Global de las epilepsias

Entendemos por magnitud global a las cifras absolutas de enfermos (casos prevalentes totales) en un espacio y tiempo. En el 2001, la OMS decía que había unos 37 millones de personas con epilepsia primaria en el mundo, lo cual alcanzaba a 50 millones cuando se añade los que sufren de epilepsia secundaria (10). Allí se estima que el 80% de esos enfermos viven en países en desarrollo, aunque no se expresa cómo se distribuyen entre Asia, África y América (Acevedo & Miranda, 2014).

Teniendo en cuenta la población del globo, hemos calculado que esa cifra de enfermos representaría una tasa mundial de 8,2 por 1.000 habitantes, que casualmente es casi igual a lo reportado por Placencia et al. (11,12). Si a nivel mundial, la distribución de los 50 millones de personas con epilepsia fuese equitativa (hipótesis improbable) y basados en una población de 523.542.240 en AL&EC (U.S. Census Bureau, 2000), o sea, 8,6% de la población mundial, calculamos que la cifra proporcional sería de 4.330.374 personas con epilepsia en el sub-continente.

La Epilepsia en Latinoamérica

Importantes estudios epidemiológicos descriptivos de epilepsia se realizaron en Latinoamérica y el resto del mundo, en la década de los años 80, los cuales resultaron poco comparables y no definitivos debido a diferencias metodológicas importantes; tales como el uso de diferentes criterios de diagnóstico, la falta de diferenciación entre epilepsias activas e inactivas, diversos diseños de selección de pacientes, etc. Los estudios epidemiológicos latinoamericanos sobre epilepsia publicados en la década

pasada han sido más consistentes y confiables, debido a que han usado definiciones claras y rigurosas, generalmente ajustadas a las recomendaciones de la Liga Internacional Contra la Epilepsia, lo cual permite establecer comparaciones concluyentes (1,2,3). Aún así, las dificultades metodológicas son importantes en Latinoamérica y El Caribe porque la organización de los sistemas de salud es fragmentada, sin complementariedad y de baja cobertura. Suelen coexistir distintos modelos de atención en el ámbito público y privado (Acevedo, EPIDEMIOLOGIA DE LAS EPILEPSIAS, 2012)

Incidencia

La incidencia proporciona una medida directa de la probabilidad de que una población sana desarrolle la enfermedad, por lo tanto esta medida puede predecir el riesgo de padecer tal enfermedad. Por lo tanto el conocimiento de la incidencia permite implementar medidas de prevención y proporciona información sobre la efectividad del control de las enfermedades. Son los casos nuevos en un tiempo y espacio definido, usualmente presentado como tasa por 100.000 habitantes/año. Puede referirse a la población general o a grupos específicos como infancia, ancianos, mujeres, etc. y puede ser de la epilepsia en su conjunto o de una forma particular, como un síndrome epiléptico, por tipo semiológico de crisis, etc (Campos & Kanner, 2004). Desafortunadamente no es una tasa fácil de obtener por lo cual, hasta hace pocas décadas, la incidencia de la epilepsia había sido recogida casi solo en países desarrollados.

Prevalencia en Latinoamérica y el Caribe

En 37 estudios realizados en Latinoamérica y El Caribe, las tasas de epilepsia activa, sin ajuste por edad, varió entre los 3,4 por 1.000 en Cuba a los 57 por 1.000 en Panamá. Se expone en la tabla 1 el resumen de estos 37 estudios de prevalencia de 12 países de AL&EC en los últimos 30 años. Se presentan las tasas originales y no ajustadas por edad, debido a que no estuvieron disponibles las estructuras demográficas de la población de cada estudio. Se destaca en la tabla que la mayoría son productos de encuestas, pero en México, Cuba y Chile se ha trabajado también con información desde los servicios de salud (FAO, 2014).

Pronóstico de la enfermedad en el Área Andina (Ecuador, Bolivia y Perú)

Se refiere a la probabilidad de lograr una suspensión definitiva de las crisis, en un paciente con epilepsia. Aproximadamente más de dos tercios de los pacientes epilépticos tratados, entrarán en remisión total (16). Los antecedentes que existen en la literatura sobre el pronóstico de una crisis única son conflictivos. Cuando se ha producido la repetición de una crisis convulsiva en un periodo de tiempo relativamente corto existe consenso en la necesidad de iniciar un tratamiento anticonvulsivante (Miller, 2002).

La edad de inicio de la Epilepsia también constituye en general un factor pronóstico. Hay cierto consenso que las crisis convulsivas que comienzan dentro del primer año de vida y que traducen habitualmente una patología cerebral conllevan un peor pronóstico (Rosselli & Matute, 2010). En general, la epilepsia de la niñez (2 – 16 años) es de mejor pronóstico y es más probable que entre en remisión que la epilepsia de inicio en la edad adulta, debido a la existencia de las formas genéticas benignas.

Afasia: (Historia de las Afasia)

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

Algunos autores persisten en utilizar el término disfasia para referirse a este trastorno, si bien éste es un término ambiguo y es preferible utilizar el de afasia. En la afasia raramente hay una abolición total de las capacidades expresivas; aunque en la fase inicial pueda observarse esta abolición total, regularmente siempre se conservan elementos hablados, incluso en las afasia más graves (Arco Tirado & Fernández Castillo, 2004).

Afasia motora

La gran afasia de Broca se caracteriza por una expresión verbal muy afectada y una comprensión relativamente mejor, aunque también afectada. El lenguaje espontáneo presenta una alteración importante de los mecanismos articulatorios, vocabulario

restringido, agramatismo y reducción significativa de la longitud de la frase; se producen parafasias fonémicas y cada elemento sonoro requiere un esfuerzo particular para ser articulado, de ahí la denominación de ‘afasia no fluente’. También presentan agrafia y en ocasiones apraxia ideomotora (Bruna, 2008).

Afasia sensorial

El lenguaje presenta una articulación fluida, aunque con abundantes parafasias, y un trastorno grave de la comprensión. Las parafasias pueden ser de tipo fonético o semántico y se altera la utilización de los elementos gramaticales (disintaxis, paragramatismo). La lectura y la escritura están afectadas de forma similar. El trastorno de la comprensión tiene su origen en la caída.

Afasia global

El término de afasia global se utiliza cuando están gravemente afectadas tanto las funciones expresivas como las receptoras del lenguaje. Al principio del cuadro el paciente suele presentar una abolición total de las emisiones lingüísticas. Pasados unos días o semanas, aparecen algunos elementos automatizados y en ocasiones producciones estereotipadas. (Cobeta, Núñez, & Fernández , 2013).

Cuando se producen estereotipias, pueden utilizarse con una entonación adecuada a la intención comunicativa del paciente, aunque, en el caso de que la estereotipia consista en una palabra o conjunto de palabras, éstas carezcan de relación real con la situación o la intención comunicativa.

Afasia de conducción

La afasia de conducción es una entidad controvertida cuya existencia fue postulada por Wernicke en 1874, para referirse a la desconexión de la conducción de impulsos sensoriales hacia los mecanismos motores. En 1875, Lichtheim puso el acento en la afectación de la repetición que se producía en estos casos. El lenguaje espontáneo muestra una articulación fluida.

Epilepsias y Afasias

Los trastornos del lenguaje (Las Afasias) son importantes en la localización y lateralización de las crisis. La vocalización ictal (gruñidos, gemidos o gritos), se ve más frecuentemente en crisis de origen frontal, y no tiene un valor lateralizador. Sin embargo la **vocalización ictal del tipo de palabras o frases incomprensibles** (Afasia Motora) y la incomprensión del lenguaje en la fase post-ictal (Afasia Sensitiva), se encuentran en crisis del lóbulo temporal (Irimia Sieira, 2011).

4.1.1. Presentación del Caso

Paciente femenina de 25 años, con antecedentes Epilepsia tónico-clónica-generalizada (gran mal), ella vive en la Avenida Carlos Alberto Aray (Santa Rita), ella es la tercera de cuatro hermanos, en la familia ellos son muy unidos, es buena estudiante, ella hace una vida normal. Acude a consulta refiriendo que ha tenido pérdida de la consciencia y “ataques convulsivos”, describiendo los familiares que cae al suelo, se pone rígida y comienza con sacudidas violentas que duran unos 15 segundos y luego comienza a hablar cosas incoherentes y palabras que no se entienden. Refiere la paciente que el lugar de residencia y en su trabajo no utiliza sustancias químicas, También refiere que el apoyo familiar es excelente, y que ha tenido tratamiento con anterioridad.

Antecedentes patológicos personales: La paciente no refiere padecer de ninguna otra enfermedad.

Antecedentes patológicos familiares: La paciente refiere que es la única en la familia que padece de Epilepsia, y que en su familia no conoce padecimiento de otras enfermedades.

Características: Actualmente la paciente presenta epilepsia el cual le dificulta mantener una comunicación con otra persona ya que se ve afectado su lenguaje debido a su crisis epiléptica. Pierde la noción de tiempo y espacio cuando le da la epilepsia, a ella le da en las noches y después de dos hora la paciente recupera su lenguaje porque en el momento de la crisis tiene dificultad para hablar debido a la mordida de su lengua, no se acuerda de nada cuando despierta, le duele mucho su cuerpo, boca, lengua. Y por ende la dificultad del lenguaje.

4.1.2. Ámbitos de estudio

Se desarrolló en la Clínica la Dolorosa en el Cantón Chone.

4.1.3. Actores implicados

El doctor, la estudiante Janeth maricela Benavides González la familia y un paciente.

4.1.4. Identificación del problema

Dado que el tipo de epilepsia focal lateral se caracteriza por trastornos del lenguaje, alucinaciones auditivas complejas, entre otros trastornos y siendo más frecuente en adultos como es el caso de paciente. Las secuelas a la hora de comunicarse son severas por los daños que causa presentando afasias y disartrias.

Está modulada por diferentes factores como la presencia de lesión en neuroimagen, la presencia de crisis febriles o estatus epilépticos febriles, la predisposición genética. Dada la afectación del hipocampo los pacientes crónicos con epilepsia del lóbulo temporal presentan habitualmente problemas de memoria y de denominación del lenguaje haciendo su vida diaria difícil de llevar.

Actualmente es conocido que además presentan déficits que van más allá de los asociados a las regiones temporales del cerebro, esto ocurre por las numerosas conexiones existentes entre los lóbulos temporales y el resto de la corteza cerebral. Por lo tanto los pacientes con larga historia de epilepsia no sólo presentan problemas de memoria sino que además parecen tener dificultades atencionales, problemas en la fluidez del lenguaje y en tareas de flexibilidad cognitiva y toma de decisiones.

Variables

Variable Independiente:

Epilepsia del lóbulo lateral

Variable dependiente:

Afasia sensitiva-motora

4.2. METODOLOGÍA

El Estudio de Caso en mención se utilizará el método de la observación, es plantear previamente qué es lo que interesa y consiste en saber seleccionar aquello que queremos analizar. Se suele decir que "Saber observar es saber seleccionar, la paciente que presenta la enfermedad de epilepsia donde se aplicará la técnica de la terapia de relajación, respiración y articulación que ayudará a la rehabilitación en su lenguaje desde el momento en que recupera el conocimiento basado en sus crisis epilépticas. El método descriptivo consiste en evaluar ciertas características de una situación particular en uno o más puntos del tiempo donde aplicaremos actividades con el objetivo de mejorar el lenguaje y por medio de técnicas lograr que la paciente que presenta eventos epilépticos sea de menor magnitud y no afecte el estado de ánimo.

Instrumento de Investigación

Método clínico por medio de un neurólogo

Encuestas: La investigación con encuestas se caracteriza por utilizar cuestionarios para registrar las respuestas de los sujetos. La finalidad más habitual de la investigación con encuestas es la descripción de pensamientos, opiniones y sentimientos. Procedimientos: Correo, entrevistas personales, teléfono, Internet. Correo: El principal inconveniente es el sesgo introducido por el elevado índice de encuestas no contestadas, especialmente si piden datos de tipo personal. Entrevistas personales: la principal ventaja es el grado de control del investigador a la obtención de respuestas. Inconveniente: sesgo del experimentador y coste económico. Teléfono: la principal ventaja es la simplicidad del procedimiento. Inconveniente: Dificultad de que la muestra sea representativa dada la relación entre selección de sujeto, variedad de operadores telefónicos o falta de teléfono. Internet: la principal ventaja es la facilidad de llegar a muestras grandes, y las principales desventajas son la dificultad por trabajar con muestras representativas y la falta de control del proceso.

Las palabras claves de esta definición son:

- describir y explicar.
- datos adecuados y fiables.
- conductas perfectamente identificadas.

En la observación podemos considerar tres niveles sistematización:

A.- LA OBSERVACIÓN ASISTEMÁTICA: ha sido la que tradicionalmente sea realizado en el deporte. El conocido "ojímetro" para dar información sobre una actuación determinada o las observaciones realizadas sin ninguna planificación previa. Esta observación consiste en una constatación directa, sin ningún objetivo explicitado y sin estar perfectamente definido, sin un orden o planificación determinado. Son narraciones escritas en forma directa o datos recogidos de una manera azarosa.

B.- LA OBSERVACIÓN SEMISISTEMÁTICA: en ésta los objetivos del registro se fijan a priori; precisan planificar el orden y el tiempo, se necesita especificar la conducta o evento antecedente, el núcleo observado y la conducta o evento posterior, pero no están categorizadas las conductas a observar.

C.- LA OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA: intentan agrupar la información a partir de ciertos criterios fijados previamente o partiendo de estos registros. Requiere categorizar hechos, conductas y / o eventos que se han de observar. Estos tres niveles nos conducen a dos tipos claros de observación: la observación asistemática y la observación científica."El estudio del acto de enseñanza utiliza como principal instrumento de investigación, sistemas o planos de observación de acontecimientos o comportamientos". Como toda ciencia la enseñanza y el entrenamiento necesitan de grabaciones objetivas. La observación constituye un método de toma de datos destinados a representar lo más fielmente posible lo que ocurre, la realidad. Piéron (1986).

4.2.1. Listas de Preguntas

1. ¿Cuál es objetivo principal para la reeducación vocal?
2. ¿Cómo lograr el control muscular del paciente?
3. ¿Cómo se diferencia la respiración normal y la respiración fónica?
4. ¿Cuál es la principal técnica reeducativa para los órganos de la articulación?

4.2.2. Fuentes de Información

- Internet
- Libros

4.2.3. Técnicas para la Recolección de Información

- Interrogatorio.
- Examen Físico.
- Electroencefalograma.
- Análisis del diagnóstico diferencial con otras patologías parecidas

4.3. DIAGNÓSTICO

En el presente caso clínico he utilizado el método de encuesta Interrogatorio, Examen físico y análisis complementarios método clínico por medio de un neurólogo, Paciente que Acude a consulta refiriendo que ha tenido perdida de la consciencia y “ataques convulsivos”, describiendo los familiares que cae al suelo, se pone rígida y comienza con sacudidas violentas que duran unos 15 segundos y luego comienza a hablar cosas incoherentes y palabras que no se entienden.

El diagnóstico clínico se determinó después de un examen físico completo, con una evaluación neuromuscular detallada. Se le realizó un electroencefalograma que confirmó una convulsión parcial (focal). Una TAC de la cabeza para la ubicación y magnitud de la lesión y una punción lumbar para descartar que una infección provoca las convulsiones.

Se prescribe al paciente con anticonvulsivos orales para prevenir o reducir el número de convulsiones. Refiere la paciente que el lugar de residencia y en su trabajo no utiliza sustancias químicas, También refiere que el apoyo familiar es excelente, y que ha tenido tratamiento con anterioridad.

Se le recomendó a la paciente actividades supervisadas como la natación o el momento de tomar una ducha. Asimismo, no se aconseja la práctica de deportes de contacto. Se aconseja el uso de tarjetas y prendas informativas que indique su condición para ayudar a obtener tratamiento médico rápido en caso de una convulsión fuera de su entorno familiar.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1. DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA

Técnicas de rehabilitación para la recuperación de trastornos del lenguaje.

5.2. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

5.2.1. Objetivo general

Describir la utilización de las técnicas de rehabilitación para trabajar el desarrollo de la recuperación en los trastornos del lenguaje en paciente epiléptico

5.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar el objetivo principal para la reeducación vocal
- Descubrir el logro el control muscular del paciente
- Demostrar diferencia la respiración normal y la respiración fónica
- Explicar las técnicas reeducativa para los órganos de la articulación

5.3. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

5.3.1. Caracterización de la Propuesta

He tenido inconvenientes con mi paciente al momento de la terapia de lenguaje ya que ella ante la sociedad con la gente q la rodea, siente vergüenza no quiere que nadie se entere de su enfermedad se molesta siente temor e inseguridad

Casi todos los trastornos de la voz y en particular las disfonías funcionales van acompañados de las siguientes alteraciones:

- Incorrecta postura corporal.
- Alteración del tono muscular.
- Falta de control muscular.
- Tipo respiratorio inadecuado.
- Falta de coordinación fono-respiratoria.
- Escasa movilidad articular.
- Mala utilización de los órganos de la resonancia.

5.3.2. Descripción de las necesidades que recule ve de acuerdo al diagnóstico de campo

La relajación empleada en la terapia vocal apunta a la disminución de la tensión muscular excesiva e innecesaria durante la fonación de forma consciente. Durante el entrenamiento se suelen utilizar **técnicas activas que persiguen la relajación a través del movimiento**, en aquellas zonas vinculadas a la función vocal. Se trata de una relajación dinámica y diferenciada por segmentos o zonas corporales que van a facilitar el control postural y muscular.

Esta relajación local consta de una serie de movimientos que se efectúan con el cuello, hombros y los órganos que participan del proceso fonatorio: labios, lengua, paladar y mandíbula. También se utiliza el masaje superficial o profundo (masoterapia) en la musculatura contracturada visiblemente y que al tacto genera molestia o dolor. **La masoterapia se aplicará especialmente en zona cervical, hombros y en área supra e infrahiodea**, es decir, los músculos situados por encima y debajo del hueso hioides (músculos extrínsecos de la laringe) (Jiménez Ruiz, 2001).

Farías (2007, p.115-116) refiriéndose a la relajación dice "...coincido con Behlau (1995) en la evidencia de que un disfónico que abuse de su voz hablará mejor si está relajado, pero que la propuesta de técnicas de relajación global para tratar disfonías es simplista, inadecuada e ineficaz". Por otra parte la relajación que se busca no es absoluta sino un equilibrio de las tensiones musculares que intervendrán en el proceso de habla"

Control Muscular

La producción normal (eufónica) de la voz no requiere de sobre-esfuerzos, ni tampoco de una relajación total de la musculatura corporal. Behlau M.² cita a Estill (1992) y éste dice: "La fonación es un acto de gran trabajo muscular y de alto consumo energético, de ahí que hablar y relajar resultan incompatibles". Una producción vocal equilibrada necesitará de la habilidad para dosificar el esfuerzo muscular de acuerdo a la intensidad y la frecuencia requerida, es decir, **la persona deberá ser capaz de variar el esfuerzo para hablar en cada situación.**

La relajación corporal no es una condición previa en la producción de la voz, sin embargo, **cuando la tensión psicofísica alcanza la laringe será necesario reducir la**

hipertonía localizada, para conseguir de este modo un adecuado proceso fonatorio. Las diferentes técnicas de relajación existentes, los masajes, la fisioterapia, etc., son paliativos del dolor, para evitar que el exceso de tensión y las contracturas reaparezcan será conveniente resolver el factor causal. Igualmente, estarían recomendadas las actividades físicas moderadas, la natación, el yoga, etc., para contrarrestar los efectos del estrés, el descanso inadecuado y la vida agitada, factores que incidirán proporcionalmente en la salud de la voz (UBA, 2005)

Relajación del cuello y los hombros: ejercicios

Los ejercicios de relajación pueden variar, pero el objetivo final de todos es conseguir una vía vocal libre de excesiva tensión muscular y una laringe en la que dicho equilibrio permita la emisión eufónica de la voz. Dentro de las diversas técnicas **la relajación diferencial** es una de las más utilizadas, porque aborda concretamente la parte del cuerpo o zona que esté más contraída y afecte la producción vocal.

Luego de evaluar al paciente, el logopeda elegirá los ejercicios o técnicas de relajación más apropiadas, considerando el diagnóstico, profesión, edad, etc. Las nuevas pautas musculares se irán incorporando con la práctica y durante el tratamiento hasta transformarse en automatismos, encaminadas a reducir tensiones y uso muscular inadecuado durante la producción de la voz. Estos ejercicios de cuello y hombros se indican al paciente de la siguiente manera:

Ejercicios de relajación del cuello:

- En posición sentada y con la espalda recta realizar media rotación de cabeza partiendo desde el pecho y llevando la cabeza hacia el hombro derecho e izquierdo.
- Efectuar un estiramiento lateral del cuello intentando acercar la oreja a un hombro, regresar al centro y repetir hacia el otro hombro.
- Con la cabeza en diagonal hacia el hombro derecho, efectuar un balanceo lento hacia abajo y atrás varias veces.
- Igual al anterior, pero con la cabeza en diagonal hacia el hombro izquierdo.
- Girar la cabeza hacia la derecha mirando por encima del hombro, mantener la posición durante 5-7 segundos y regresar al centro.
- Igual al anterior, pero girando la cabeza hacia el lado contrario.

- Mover la cabeza de manera pendular teniendo el mentón inclinado sobre el pecho.
- Bajar la cabeza hasta el pecho, mantener la posición 5-7 segundos y llevarla hacia atrás suavemente, regresar al centro.

Ejercicios de relajación de hombros:

- Elevar el hombro derecho y bajarlo, dejándolo caer.
- Elevar el hombro izquierdo y bajarlo, dejándolo caer.
- Elevamiento de hombros, mantener arriba unos segundos y dejarlos caer.
- Efectuar con ambos hombros un movimiento anteroposterior (sin elevarlos).
- Repetir el ejercicio con cada hombro, manteniendo la columna recta y cuello flojo.
- Realizar una rotación completa con ambos hombros de adelante hacia atrás, lentamente.
- Repetir la rotación de atrás hacia adelante, sin tensar el cuello ni la mandíbula.
- Rotación completa de cada hombro hacia atrás y luego hacia adelante.

Indicaciones para su ejecución:

Se recomienda no efectuar los ejercicios con rapidez, evitando los movimientos que causen molestia o dolor. Realizar entre 5 y 10 repeticiones de cada ejercicio, 1 o 2 veces al día y de ser posible frente a un espejo para controlar la posición del resto del cuerpo. Estos ejercicios de relajación diferencial pueden practicarse luego de la jornada laboral y serían ideales para las personas que utilizan su voz como herramienta primaria de trabajo (con ausencia de entrenamiento vocal) (Gallardo Paúls & Moreno Campos, 2005).

Durante la práctica será necesario cuidar la respiración: la inspiración será nasal, lenta y silenciosa, mientras que la espiración podrá ser nasal o bucal, de modo lento y parejo. Recordemos que la relajación es una actividad sumamente eficaz para ayudar al individuo a encontrar un tono muscular óptimo para la función vocal.

Relajación de los órganos fonoarticulatorios

Los ejercicios con los fonoarticuladores le servirán al paciente para mejorar la movilidad y tonicidad que puede estar aumentada o disminuida, entrenándose el órgano o músculo que estuviese afectado con el objetivo de optimizar los movimientos

articulatorio-fonatorios. Debemos considerar que no todo paciente con alteración de la función vocal necesitará los mismos ejercicios, por lo tanto, la elección de la metodología de relajación en el entrenamiento de la voz dependerá del diagnóstico y los hábitos de cada consultante. A tal efecto, el logopeda se valdrá de todas las praxias y ejercicios que considere oportunos según las necesidades de cada paciente, apelando a su creatividad y sentido común.

Praxias linguales:

- Sacar la lengua y llevarla hacia arriba, abajo, derecha e izquierda, estirando al máximo la base lingual.
- Arquear la lengua en forma de un cucurucho, entrarla y sacarla de la boca manteniendo la forma.
- Deslizar la punta de la lengua por todo el paladar hasta el velo, ida y vuelta manteniendo boca abierta.
- Chasquear la lengua contra el paladar abriendo grande la boca y estirando el frenillo sublingual.
- Repetir varias veces seguidas las vocales “o-i” unidas, sin mover labios ni mandíbula.
- Sacar la lengua plana y ancha, introducirla lentamente en la boca y sin doblarla.
- Girar la lengua dentro de la boca lentamente 3 veces hacia cada lado, manteniendo labios unidos.

Praxias labiales:

- Repetir varias veces las vocales “a-o-u” sin mover la lengua.
- Inspirar por nariz y hacer vibrar los labios mientras espira todo el aire.
- Subir los labios juntos hacia la nariz, mantener la posición unos segundos y relajar.
- Inspirar y gesticular las 5 vocales áfonas (sin sonido) lentamente mientras espira todo el aire.
- Desplazar las comisuras labiales hacia cada lado (una media sonrisa).

- Cubrir todos los dientes con los labios manteniendo la boca abierta.
- Proyectar labios juntos hacia adelante en posición de silbido y luego hacia atrás dibujando una sonrisa con los labios juntos.

Ejercicios con la mandíbula:

- Abrir y cerrar la boca lentamente.
- Desplazar la mandíbula hacia delante, sentir la tensión y relajar.
- Igual al anterior pero con la boca cerrada.
- Llevar la mandíbula hacia un lado y hacia el otro con boca abierta.
- Igual al anterior, desplazándola con la boca cerrada.
- Abrir la boca lentamente y cerrarla rápidamente.
- Abrir la boca exageradamente y cerrarla muy lento.

interferir en la dinámica de la fonación, articulación y resonancia, p. ej.: una disfunción en la ATM. Segre & Naidich (1981)⁴ hacen referencia a la **disfunción mandibular**, un trastorno frecuente entre los pacientes que reduce los movimientos del maxilar, el cual detectaremos en el examen estomatognático realizado durante la evaluación, actuando en consecuencia según cada caso.

Los autores mencionados así lo explican: "Consiste en un cuadro complejo de desequilibrio de la actividad muscular de la mandíbula...". "Esta disfunción se caracteriza por la tendencia a mantener apretadas las mandíbulas, a veces aun durante el sueño. El habla se realiza con las mandíbulas apretadas y una articulación pobre y desdibujada, con facies inexpresivas. Como consecuencia de este problema, pueden darse otros trastornos: desviación de la mandíbula hacia un costado, lengua retraída y rígida, dolor facial, a veces en los temporales, en el complejo de cuello y hombros; la persistencia puede ocasionar desgaste de piezas dentarias o desarrollo exagerado del músculo masetero (masticatorio)"⁴.

Por lo dicho en el párrafo anterior, debiéramos considerar estas alteraciones funcionales durante la intervención porque suelen afectar la dicción, la resonancia y la coordinación fonorrespiratoria (aire-voz). A tal efecto, se adecuarán los masajes y ejercicios a través de técnicas dinámicas de relajación, procurando libertad en los movimientos y una fonación libre de tensiones que es el objetivo final de la actuación logopédica.

La relajación será un auxilio al proceso terapéutico, por lo tanto, se emplearán aquellos ejercicios que faciliten una producción vocal adecuada, los que serán administrados luego de la valoración y durante el tratamiento. La relajación diferencial (movimientos de cabeza y hombros) y los ejercicios con los órganos fonoarticuladores, se enseñan e indican al paciente según las necesidades diagnósticas, es decir, se seleccionan para cada caso en particular (Micheli, 2002).

La relajación se integra durante la reeducación con el objetivo de favorecer un tono muscular laríngeo óptimo para la fonación. Nuestra tarea educativa será despertar en la persona la conciencia muscular y que sea capaz de reconocer el estado de relajación o tensión de cada zona, diferenciando la tensión útil de la contracción excesiva.

Es bien sabido que **la voz es el reflejo de la personalidad y la tarjeta de presentación de cada individuo.** Por tal motivo, un adecuado control tensional beneficiará el normal proceso fonatorio, evitando la disfonía por causa de epilepsia.

El objetivo principal de la reeducación vocal estará en la corrección de la fisiología alterada, para ello tenemos que practicar:

- Técnicas de relajación.
- Técnicas de respiración.
- Técnicas de articulación.

Técnicas de relajación

La relajación en la terapia vocal va a ir encaminada a lograr el control muscular.

Se deben realizar unos ejercicios para detectar las tensiones localizadas en los músculos, la rigidez y alteraciones del equilibrio que presentamos.

Los músculos que más se suelen tensar son los de la cara, cuello y cintura escapular.

Los ejercicios que con mayor frecuencia se realizan son los siguientes:

- Ascenso y descenso de la cabeza
- Torsión del cuello
- Rotación del cuello
- Rotación de hombros

- Rotación de brazos

Los pacientes con disfonías hipertónicas tienen que realizar estos ejercicios con una práctica suave y para los pacientes con disfonías hipotónicas los ejercitamos con mayor dinamismo.

Técnicas de respiración:

La diferencia que existe entre la respiración normal y la respiración fónica es que en la primera la expiración es pasiva mientras que en la segunda es activa.

La respiración abdominal y la torácica son incorrectas para la fonación. La respiración fónica correcta será la costo-abdominal-diafragmática.

Las vías de respiración correcta son: la vía nasal para la inspiración (donde filtramos, humidificamos y caldeamos el aire) y la vía bucal para la expiración que se asocia a la fonación.

Para trabajar la respiración costo-abdominal-diafragmática haremos una serie de ejercicios variando el ritmo respiratorio tanto en inspiración como en expiración:

- Inspiración lenta, suave y silenciosa- pausa- expiración lenta y controlada.
- Inspiración rápida y con control de la musculatura nasal- pausa expiración lenta y controlada.
- Inspiración lenta y suave- pausa- expiración rápida.
- Inspiración lenta y suave- pausa- expiración entrecortada.
- Inspiración rápida y silenciosa-pausa- expiración entrecortada.
- Inspiración entrecortada-pausa- expiración lenta.
- Inspiración entrecortada- pausa- expiración rápida.

Todos los ejercicios los haremos combinados con ejercicios musculares de cuello y brazos, por ejemplo:

- Inspiración lenta – pausa- expiración lenta haciendo coincidir con un movimiento de rotación del cuello.
- Inspiración rápida – pausa – expiración lenta con torsión pendular del cuello hacia el hombro izquierdo- pausa- expiración lenta haciéndola coincidir con un movimiento pendular del cuello hacia el otro hombro.

- Inspiración lenta haciéndola coincidir con una retracción de la cabeza hacia la nuca- pausa- espiración rápida coincidiendo con descenso brusco de la cabeza hacia el pecho.

Técnicas reeducativas de los órganos de la articulación:

Se pretende adquirir una articulación precisa de vocales y consonantes, que ayudaran a que la emisión de la voz sea clara y concisa, manteniendo con flexibilidad la movilidad de la mandíbula y la lengua.

La asociación fono-respiratoria la iniciaremos con los sonidos vocálicos intentando controlar al máximo el soplo aéreo. Haremos ejercicios de moldes vocálicos, vocal mantenida y combinación de vocales.

Posteriormente haremos la práctica combinando los sonidos vocálicos con los consonánticos: sasasasasa.....

mamamama.....

Por último ejercicios de producción de palabras y frases.

La reeducación trata de liberar el aparato fonador de las causas ajenas a él que obstaculizan su buen funcionamiento. Prepara al profesional para que utilice su voz sin ningún esfuerzo mientras desarrolla su trabajo, tratando de liberar su laringe de toda tensión, consiguiendo una fonación fluida y descansada.

Medidas preventivas y de soporte familiar:

- Educar al paciente, familia y cuidadores.
- Disminuir el estigma asociado.
- Usar dosis fraccionada lo menos posible.
- Evitar los factores desencadenantes como:
- Relación positiva entre los profesionales de salud y el paciente y familia.

5.4. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA

5.4.1. Actividades y tareas

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD VINCULADA	TAREAS A DESARROLLAR
Determinar cuáles son el objetivo principal para la reeducación vocal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas de relajación. ✓ Técnicas de respiración. ✓ Técnicas de articulación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Masajes Oro-faciales. (Colocar la paciente frente a un espejo, aplicar aceite o crema, realizar movimientos circular en las mejillas) ✓ Ejercicios de Soplo. (Colocar la paciente frente a un espejo, encender una vela y pedirle que sople en diferentes ángulos) ✓ Praxias Labiales. (Colocar la paciente frente a un espejo, repitiendo las praxias gestuales que realiza el terapeuta)
Descubrir cómo lograr el control muscular del paciente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ascenso y descenso de la cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Torsión del cuello de arriba y abajo ✓ Rotación del cuello
Demostrar cómo se diferencia la respiración normal y la respiración fónica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Articulación vocales y consonantes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejercicios de respiración (Colocar la paciente frente a un espejo, pedirle que inhale reteniendo el aire y después que exhale por la boca) ✓ Punto y modo de articulación (Indicarle los puntos y modos de articulación de las vocales y consonantes especialmente en las que tiene problemas)
Explicar las principales técnicas reeducativas para los órganos de la articulación	Mejorar la movilidad de los órganos articulatorios.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Praxias linguales.(Sacar la lengua de en diferentes posiciones) ✓ Praxias labiales. (Colocar la paciente frente a un espejo, repitiendo las praxias gestuales que realiza el terapeuta) ✓ Praxias mandibulares (diferentes movimientos de la mandíbula)

6. BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, C., & Miranda, C. (2014). *Informe sobre la Epilepsia en Latinoamérica*. Barcelona: Epañola.
- Arco Tirado, J. L., & Fernández Castillo, A. (2004). *Manual de evaluación e intervención psicológica en necesidades educativas especiales*. Madrid: McGraw-Hill.
- Acevedo, C. (21 de Febrero de 2012). *EPIDEMIOLOGIA DE LAS EPILEPSIAS*. Obtenido de http://epilepsia.org.br/lasse/mat_didatico/lasse1/textos/carlos01.html
- Bruna. (2008). *Neuropsicología del lenguaje: funcionamiento normal y patológico*. Barcelona: Elsevier España.
- Campos, M., & Kanner, A. (2004). *Epilepsias: diagnóstico y tratamiento*. Valencia: Mediterráneo.
- Cobeta, I., Núñez, F., & Fernández, S. (2013). *Patología de la Voz*. Madrid: MARGE BOOKS.
- Cuetos Vega, F. (2011). *Neurociencia del Lenguaje: Bases neurológicas e implicaciones clínicas*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.
- FAO. (2014). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: Panamericana.
- Gallardo Paúls, B., & Moreno Campos, V. (2005). *Afasia no fluente. Materiales y análisis pragmático (Vol. 2 del Corpus PerLa)*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Irimia Sieira, P. (2011). *Neurosonología: Aplicaciones diagnósticas para la práctica clínica*. Viera: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Jiménez Ruiz, J. (2001). *Iniciación a la lingüística*. Puerto Vera: Editorial Club Universitario.
- Micheli, F. (2002). *Tratado de neurología clínica*. Bogotá : Ed. Médica Panamericana.

Miller, W. (2002). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Mexico D.F.: Paidós.

Rosselli, M., & Matute, E. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Mexico D.F.: Editorial El Manual Moderno.

Sociedad Española de Neurología. (2012). *Guía diagnóstica y Terapéutica*. Madrid: LUZÁN.

UBA. (2005). *Perfil de afasias en el test Barcelona: Estudio sobre cuatro tipos de afasia*. Washington: Medicine College.

ANEXOS

ANEXOS # 1

Paciente frente al espejo, realizando praxias gesticulares



Paciente realizando praxias lingüales

