



Estudio de Caso

Rehabilitación Neuropsicológica de un Caso con Sintomatología de Afasia de Conducción y Anómica por Evento Isquémico

Neuropsychological Rehabilitation in a Case of Conduction and Anomic Aphasia Symptomatology by Ischemic Event

Daniel Armando Villegas Mora^{1*}, Virginia A. Ruiz y Julieta Bonilla²

1 Miembro asociado del Colegio de Profesionistas de la Psicología de Mexicali, Baja California, A.C.

2 Miembro titular del Colegio de Profesionistas de la Psicología de Mexicali, Baja California, A.C.

Resumen

El tema de la rehabilitación de las afasias es explorado con frecuencia en la literatura de las últimas décadas, debido a que es una de las secuelas más comunes del daño cerebral y de las que más presenta variaciones dependiendo del caso, por lo cual los profesionales a cargo de los pacientes que sufren de esta condición se ven en la necesidad de buscar métodos eficaces para tratarlos. El objetivo de esta investigación es mostrar el diseño de un único caso con sintomatología de afasia de conducción y anomia pura. Se trata de un paciente masculino de 62 años de edad, con nivel académico de doctorado, diagnóstico de afasia de conducción y anomia a causa de un evento isquémico con 18 meses de evolución. Recibió tratamiento neuropsicológico en base a modelos histórico-culturales y neurocognitivos en dos periodos diferentes, una hora por semana. Se llevó a cabo una evaluación neuropsicológica antes y después del programa de rehabilitación, además se hizo uso de líneas bases en ambos periodos y se tomó en cuenta la perspectiva del paciente y su esposa. El rendimiento en la primera y segunda evaluación muestra un mejor desempeño en algunas áreas del lenguaje, mientras que en las líneas bases y en la apreciación del paciente y su esposa se observaron cambios importantes, concluyendo que el programa tuvo efectos favorables en la comunicación del paciente en el hogar.

Palabras clave: rehabilitación de las afasias, afasia de conducción, anomia pura, lenguaje, comunicación

Abstract

The subject of aphasia rehabilitation is frequently explored in recent literature since it is one of the most common forms of brain damage and presents an assortment of variations depending on the specific case, making it so that professionals who are in charge of patients with this condition find themselves in need of effective treatment methods. This article aims to present the design for the single case study rehabilitation of a patient with conduction aphasia and pure anomia. The patient in question is a 62-year-old male with a P.h.D. level education, diagnosed with conduction aphasia and anomia caused by an ischemic event with an 18-month evolution, he received neuropsychological treatment following the historic-cultural and neurocognitive models, spanning two different treatment periods, one hour a week. A neuropsychological evaluation was made before and after the rehabilitation program, as well as using a baseline for both periods and taking into account the perspective of both the patient and his wife. Patient performance in the first and second evaluations shows improvement in some language areas, while the baselines, as well as the patient and his wife's assessment speak of important changes, concluding that the program had favorable effects on the patient's communication at home.

Keywords: aphasia rehabilitation, conduction aphasia, pure anomia, language, communication

Introducción

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) se refieren a toda modificación que se produce por un daño en las arterias cerebrales y se pueden presentar por diversas razones, desde la disminución en el flujo sanguíneo, rupturas, malformaciones, etcétera. Se calcula que, por cada 100,000 habitantes mayores de 35 años en México, 230 tienen algún tipo de ACV, presentándose principalmente en mujeres (Gallardo y Martínez, 2016). Los ACV pueden categorizarse de dos formas, de tipo isquémico y hemorrágico. El tipo isquémico se define como el bloqueo del flujo sanguíneo arterial a ciertas áreas del cerebro, puede darse de manera paulatina o abrupta dependiendo de la causa. El tipo hemorrágico ocurre cuando se presenta la ruptura o filtración de un vaso sanguíneo, lo cual puede pasar de forma intracerebral o subaracnoidea, siendo la segunda la más fatal de ambas (Padilla, Téllez, Galarza, Téllez, Garza y Garza, 2016). Como fenómenos post lesión pueden encontrarse un segundo infarto durante los 30 días siguientes al ACV, trastornos depresivos o afasia (Lazar, 2011). Esta última es una alteración cognitivo-comunicativa

que puede afectar sustancialmente la funcionalidad del individuo, sometién-dole a un nivel alto de estrés, y comprometiendo de forma importante su calidad de vida (Hilari, 2011).

El término afasia se utiliza para describir un gran rango de trastornos del lenguaje debido a una lesión cerebral. El conjunto de síntomas relacionados con la alteración del lenguaje y la localización de la lesión determinarán el tipo de síndrome que el paciente presenta los cuales han sido motivo de discusión desde inicios de la neuropsicología (Jodar y Redolar, 2013). Dentro de los diferentes tipos de afasia se encuentra la afasia de conducción, donde el paciente presenta un lenguaje fluido, pero parafásico, capacidad de repetición comprometida, y una capacidad de comprensión normal o casi normal (Ardila, 2014). Es posible que por recuperación espontánea un paciente afásico mejore de forma significativa en sus funciones comunicativas hasta 18 meses después del evento, si bien el mayor progreso suele ocurrir durante los primeros seis meses. Por otro lado, Berthier y Green (2007) describen un síndrome afásico conocido como anomia, la nosología implica que el paciente muestra las siguientes dificultades: encontrar palabras durante el lenguaje espontáneo, nombrar los objetos que se le presentan en cualquier modalidad

* Correspondencia: Daniel Armando Villegas. Colegio de Profesionistas de la Psicología de Mexicali. Av. Río Yaqui #399, Las Fuentes, Mexicali, Baja California, México. E-mail: d.armando.villegas@gmail.com

sensorial y proporcionar palabras dentro de cualquier campo semántico. Este diagnóstico se emplea cuando la afasia del paciente es muy específica, aunque esta sintomatología puede estar presente en otras afasias de índole oral.

En el campo de la salud, la rehabilitación plantea siempre retos serios y el neuropsicólogo se involucra en alcanzar este objetivo, pues su meta central es transformar la vida del paciente al conseguir reincorporarlo a sus actividades de la vida diaria o, en pocas palabras, alcanzar el bienestar del paciente y su familia (Díaz, 2016). Para ello, deben tenerse en cuenta diferentes aspectos que pueden influir en la rehabilitación del individuo, como las particularidades del paciente, la incorporación del paciente y su familia al tratamiento, el estado emocional y el comportamiento del paciente, entre otros aspectos (De los Reyes, Moreno y Arango-Lasprilla, 2014). Otra relación importante en el proceso de adaptación es la del cuidador principal, específicamente la pareja del paciente, y la forma en que las necesidades de este (de información, de adquisición de un método de comunicación efectiva, de soporte emocional, etc.) deben tenerse en cuenta junto con las del paciente afásico. Para esto es preciso utilizar un enfoque que tome en consideración al sistema en el cual se desenvuelve el individuo, y las necesidades que se presentan, con el fin de reintegrar socialmente a la persona afectada (Michallet, Le Dorze, y Tétrault, 2001).

En el presente estudio, se expone el caso de un paciente masculino con afasia de conducción tras evento isquémico y el programa de rehabilitación aplicado.

Presentación del caso

Hombre adulto de 62 años diestro, de ocupación docente, casado y con 3 hijos, con más de 22 años de escolaridad y jubilado desde hace 13 años. Con antecedentes premórbidos de hipertensión y diabetes, además de presentar obesidad mórbida. El paciente se presenta a la atención del proyecto comunitario ofrecido por una universidad local (Clínica de la Memoria) posterior a la presencia de dos eventos isquémicos cerebrales, buscando principalmente intervención sobre las habilidades comunicativas. El primer evento isquémico se presentó en el año 2010 generando hipotonía facial y hemiparesia derecha con pérdida de tono muscular y fuerza que le llevó a una inclinación corporal de dicho hemicuerpo, esto según revela la esposa del paciente. Se ingresa a nivel hospitalario en el servicio de urgencias declarando neurología la presencia de ACV de tipo isquémico a nivel de arteria cerebrosa posteroinferior derecha, dejando secuelas motoras menores, particularmente en el tono muscular, en el postagudo y estadio crónico. Si bien el paciente corrige dieta y niveles de glucosa a partir de este primer evento se presenta un segundo ACV de tipo isquémico en el año 2016, como resultado de enfermedad vascular aterosclerótica, que afecta a territorio de la arteria cerebral media izquierda. La semiología en el segundo evento es de tipo cognitiva: el paciente se muestra desorientación ante personas familiares, discurso incongruente, pero sin pérdida de conciencia. Presenta evolución favorable durante la estancia de dos días en el hospital y se otorga el alta y seguimiento por parte de neurología. En la última resonancia aplicada a 10 días después del ACV el estudio mostró cambios predominantemente afectando el territorio de la arteria cerebral media derecha y cerebral posterior derecha, así como secuelas del primer ACV que se muestran en sección lenticular capsular derecha y ACV por infarto isquémico multifocal en territorio de la arteria cerebral media izquierda, en la región del giro temporal superior izquierdo y en la región fronto-parietal.

Programa de rehabilitación neuropsicológica

Condición del paciente al inicio del programa. Después del segundo ACV de tipo isquémico el paciente presentó lenguaje conversacional fluente pero parafásico particularmente fonológico con abundantes neologismos, comprensión relativa sobre el lenguaje oral, repetición de morfemas altamente comprometido sobre todo en el caso de logatomos, lectura y escritura con anormales condiciones e idénticas al discurso del paciente, fallas en la denominación, fallas en memoria de trabajo que afectó a frases extensas en su comprensión y aparente falla visual residual al primer ACV en hemicampo derecho, estableciéndose el diagnóstico de afasia de conducción y anómica. En el aspecto funcional, el paciente se encontraba casi totalmente dependiente de su esposa para realizar actividades diarias (cocinar, limpiar, movilidad, etc.).

Nivel premórbido. Paciente dedicado a la docencia desde nivel básico hasta educación superior, recién jubilado pero con actividad de asesoría esporádica con alumnos o por proyectos personales, de acuerdo con la esposa se comportaba como un docente muy comprometido con alumnos y colegas y por ello era muy reconocido en su campo, también indica un adecuado nivel de estabilidad familiar; con obesidad mórbida (cercano a los 90 kg) y

síndrome metabólico (diabetes e hipertensión) de al menos 7 años de evolución previa al primer evento isquémico. Según reporta la esposa del paciente, los niveles de estrés por trabajo y fallas de regulación alimentaria eran altos y estaban presentes antes del primer evento cerebral.

Expectativas del paciente y la familia. Al inicio de la intervención neuropsicológica, el paciente tiene la expectativa de recuperar por completo sus funciones comunicativas y de lenguaje, incluyendo la lectura y la escritura. En cambio, la esposa del paciente reconoce la posibilidad de que su esposo no alcanzará nuevamente el nivel premórbido, pero busca el servicio esperando opciones que le ayuden a su esposo y a ella a mejorar sus condiciones de vida lo mejor posible. Se les explican los alcances del tratamiento y que estos posiblemente no sean suficientes para alcanzar una recuperación completa pero que es posible alcanzar una mejoría respecto a las funciones perdidas y tener nuevas estrategias para compensar los problemas de comunicación. Después de discutir todo lo dicho, el terapeuta, el paciente y su esposa concuerdan con el objetivo de mejorar en la medida de lo posible la funcionalidad del paciente.

Planeación, diseño e implementación del programa de intervención. El programa de rehabilitación neuropsicológica se lleva a cabo en un inicio en las instalaciones del proyecto Clínica de la Memoria y, posteriormente, las sesiones se trabajan en el hogar del paciente para promover una mayor recuperación en su ambiente natural, más ajustado a sus necesidades y con el permiso del paciente y su familia. El programa se aplica en dos periodos diferentes, el primero entre los meses de septiembre y diciembre del 2017 y el segundo entre enero y mayo del 2018. En total se aplican 25 sesiones de 50 minutos (12 del primer periodo y 13 del segundo, 5 en Clínica de la Memoria y 20 en el hogar del paciente), una hora a la semana. Cada periodo tiene objetivos diferentes según las necesidades que son importantes cubrir, para el diseño del primer periodo de rehabilitación se toma como base principalmente la escuela histórico-cultural, para el segundo se hace uso del modelo neurocognitivo. Al comenzar el programa de rehabilitación el paciente se muestra cooperativo al inicio de las sesiones, pero se frustra fácilmente y comienza a disminuir su receptividad a las instrucciones de los ejercicios, así como su atención a los terapeutas. Esta frustración puede llevar a pedir repetidamente la interrupción de los ejercicios en favor de la actividad siguiente, lo cual dificulta el completar el total de las actividades del programa.

Primer periodo. El primer periodo tiene como objetivos:

- 1.- Compensar el nivel comunicativo a través de estrategias compensatorias con el propósito de fortalecer las capacidades funcionales en la vida diaria del paciente en casa.
- 2.- Restaurar la fluidez verbal por medio de técnicas de restauración aplicadas a la cinética de la expresión verbal, con el objetivo de acercar el nivel actual de la ejecución verbal al estado premórbido.
- 3.- Estimular la memoria de trabajo de tipo verbal a través de entrenamiento cognitivo con la meta de aumentar las capacidades de comprensión de enunciados con longitud mayor.

Para el primer objetivo, se le sugiere al paciente y a su esposa que todos sus objetos personales se mantengan en orden y en un lugar específico al que él tenga acceso sin necesidad de ayuda. En relación a comunicar otras necesidades, se reportan dificultades en algunas actividades como pedir lo que quiere comer cuando están en un restaurante y preguntar o hablar sobre una persona y/o lugar en especial, para esto, el terapeuta recomienda a la esposa que tome fotos de todo lo que su esposo podría necesitar comunicar, por ejemplo, para los restaurantes tener diferentes fotos de platos en su celular para que pueda señalar cual es el que quiere, a la par de esta estrategia, el terapeuta trabaja con ejercicios donde el paciente tiene que señalar para comunicarse a manera de compensación, en un inicio con estímulos de sí o no y después se aumenta a lugares y acciones concretas.

Para el segundo objetivo, se toman ideas de lo sugerido por Liubov Semiónovna Tsvétkova en su obra (1977) donde ella señala que en algún punto de la rehabilitación de la afasia aferente motora (de conducción) es necesario que el terapeuta trabaje propiamente con las formas cinestésicas de la articulación, esto con el propósito de que el paciente disocie las características sónico-literales de la palabra a la capacidad de articularlos, en este texto ella sugiere que el paciente imite movimientos bucales del terapeuta frente a un espejo sin emitir sonido alguno. Aun cuando en cada sesión se le explicó al paciente el propósito de la actividad, en todo momento muestra resistencia ante la tarea, aunque esta disminuye conforme avanza el programa.

Para el tercer objetivo, se adapta un ejercicio descrito por Alexander Luria (1986) para evaluar el lenguaje receptivo donde se presentan objetos al paciente y se dan instrucciones relacionadas con dichos objetos que se complejizan conforme el paciente muestra mayor dominio. En un inicio este ejercicio se aplica de la manera descrita, pero posteriormente se lleva más allá de

la mesa de trabajo, conforme el paciente muestra avances se le dan instrucciones en las que tiene que ir a diferentes partes de la casa para hacer lo que se le indica o para traer algún objeto en especial.

Segundo período. Este periodo se enfoca en los siguientes objetivos:

1.- Compensar el nivel comunicativo a través de estrategias compensatorias con el propósito de fortalecer las capacidades funcionales en la vida diaria del paciente en casa.

2.- Restaurar la fluidez verbal por medio de técnicas de restauración aplicadas al nivel semántico de la comunicación y la capacidad de denominar objetos, con el objetivo de acercar el nivel actual de la ejecución verbal al estado premórbido.

Tras lo logrado en el periodo pasado, para alcanzar el primer objetivo se hace uso de la Terapia por Integración de Rasgos Semánticos (IRS) descrita por Trejo, Nuche, Ortega, Marcotte y Ansaldo (2014) como una estrategia para la rehabilitación de la anomia estimulando el uso de redes semánticas para el beneficio de las rutas fonológicas y fonéticas, y con esto ayudar al paciente a acceder al léxico para poder evocar una palabra en especial. Consiste en mostrarle al usuario un objeto o imagen (de un objeto o una acción concreta) y pedirle en primera instancia que intente denominarla libremente, de no poder llevar a cabo esta tarea se le comienzan a hacer preguntas que caracterizan al estímulo mostrado, por ejemplo, ¿Para qué sirve? ¿Cómo se usa? ¿Quiénes lo usan? Entre otras preguntas, de esta manera se estimulan todos los nombres relacionados con el estímulo ayudando a trabajar la adecuada construcción del discurso y el proceso semántico. Durante esta actividad se retoma todo lo dicho por el paciente para hacerlo consciente de lo que ha logrado hacer y, aunque al final la persona no logra decir la palabra asociada al estímulo, se juzga si la descripción dada es lo suficientemente clara para definir el objeto o la acción, de esta manera también funciona como una nueva estrategia para comunicar.

Con el propósito de alcanzar el segundo objetivo se utiliza la técnica de Desvanecimiento de claves (DC) propuesta por Glisky, Schacter y Tulving (1986), esta se utiliza principalmente con personas que presentan problemas de memoria con el objetivo de aprender palabras específicas, aunque también se ha utilizado para aprender nombres de personas y para resolver problemas de denominación general (Caracuel, Santiago-Ramajo, Vendejo-García y Pérez, 2014). Consiste en mostrarle a la persona un estímulo que debe nombrar con la ayuda de claves, se le muestra la primera letra y se le pide que denomine el estímulo, si no consigue hacerlo con esta pista se le proporcionan más letras hasta que consiga la respuesta correcta. Para este programa de rehabilitación se utilizan tarjetas para hacer la actividad, aunque también se puede hacer uso de una computadora. Además, se hace uso de otra técnica de diseño propio, consiste en mostrarle una serie de objetos o imágenes al paciente y unas tiras de papel con el nombre de cada uno de los objetos con la intención de que este las lea y las empareje con su respectivo objeto o imagen. Conforme muestra mayor dominio en la tarea, la cantidad de estímulos aumentan. Esta actividad se incorpora con el propósito de tener otra estrategia que ayude a rehabilitar los problemas anómicos, haciendo uso de la lectura para mantener mayor interés por parte del paciente.

Resultados del Tratamiento

Líneas bases

Según Kazdin (1982) los estudios de caso permiten llegar a conclusiones válidas en la experimentación si se determina cierto nivel de control o registro continuo sobre el diseño de la intervención. Existen una variedad de fórmulas para el diseño de casos que permiten la obtención de importantes niveles de inferencia válida. La validez interna es por sí misma una meta dentro de los estudios de caso. La aplicación de un estudio de caso con análisis de evaluaciones repetidas puede permitir inferencias sobre los resultados que se vinculan con la información objetiva, la constatación de cambios a través del tiempo, cierto nivel de control sobre el efecto de los instrumentos y la familiaridad del paciente con las mediciones.

Se muestran a continuación los cambios a través de las dos fases de trabajo realizadas con el paciente. La Tabla 1 demuestra las ejecuciones en al menos tres condiciones: comunicación con técnicas compensatorias, seguimiento de instrucciones (Luria, 1986) y praxis bucal (Isvétkova, 1977).

De acuerdo a los resultados de contrastación de porcentajes entre los dos periodos, en la Tabla 1 se observa una notoria mejoría en las tres condiciones. Puede observarse que el primer objetivo muestra una tendencia mayor de ensayos correctos respecto a la primera medición. Seguimiento de instrucciones demuestra también una mejoría positiva en la segunda medición, incluso es el objetivo con puntuaciones más altas durante los ensayos administrados. Finalmente, el objetivo rehabilitatorio llamado imitación de praxias

bucales muestra ganancias discretas, pero también más estables a través de los ensayos solicitados al paciente respecto a la evaluación inicial o sin tratamiento.

Tabla 1.

Resultados de la ejecución del paciente en términos porcentuales de eficiencia en los ejercicios del primer periodo previa y posterior al tratamiento

Ejercicios	Línea base 1			Línea base 2		
	PC M	PC O	%	PC M	PC O	%
CC	10 pts	2.00 pts	20.00%	10 pts	8.0 pts	80.00%
SI	19 pts	3.00 pts	15.79%	19 pts	10.5 pts	55.26%
IPB	10 pts	3.25 pts	32.50%	10 pts	6.5 pts	65.00%

Nota: CC= Comunicación por compensación, SI= Seguimiento de instrucciones, IPB= Imitación de praxis bucal, PC M= Puntuación máxima, PC O= Puntuación obtenida, %= Porcentaje de eficiencia.

Los resultados muestran en esta primera fase de la intervención (fase con modelo histórico-cultural como plataforma teórica explicativa) una clara tendencia a la mejoría en los tres objetivos de trabajo. A continuación, se muestran los resultados de la segunda fase interventiva con el paciente (tomando el modelo neurocognitivo como plataforma teórica explicativa), se identifica la fase previa y final del tratamiento en términos porcentuales.

Tabla 2.

Resultados de la ejecución del paciente en términos porcentuales de eficiencia en los ejercicios del segundo periodo previa y posterior al tratamiento

Ejercicios	Línea base 1				Línea base 2			
	PC M	PC O	%	RD	PC M	PC O	%	RD
DC	18 pts	4.0 pts	22.22%		27 pts	17.0 pts	62.96%	
DOM	15 pts	9.5 pts	63.33%		20 pts	18.5 pts	92.50%	
IRS	3 rasgos				5 rasgos			

Nota: DC= Desvanecimiento de claves, DOM= Denominación por opción múltiple, IRS= Integración de rasgos semánticos, PC M= Puntuación máxima, PC O= Puntuación obtenida, %= Porcentaje de eficiencia, RD= Rasgos descritos.

Como puede notarse en la Tabla 2, a través de los registros porcentuales de ejecución del paciente, se identifican cambios positivos en la aplicación de estas técnicas. En el caso de la técnica por desvanecimiento de claves, el paciente registró una eficiencia ante los comandos solicitados de 22% a un 63% al término de las sesiones, e incluso cabe resaltar que durante la segunda evaluación el paciente fue capaz de responder hasta 3 estímulos de un listado de 5 en forma correcta, mientras que, durante la medición previa al tratamiento, aunque se le presentaron apenas 3 estímulos, el paciente solo registró positivo a 1 comando.

En el caso de la segunda técnica aplicada llamada denominación por opción múltiple, en la medición previa a la intervención se aplicaron instrucciones de hasta 4 estímulos y el paciente logró responder correctamente un total de 3 estímulos, es decir, obtuvo un nivel de eficiencia de 63% en la ejecución y, al término de la intervención, el paciente logró denominar instrucciones de hasta 6 estímulos, lo cual llevó a un nivel de eficiencia de 92.5% respecto a lo ejecutado en la valoración pre intervención (ver Tabla 2).

La tercera técnica fue revisada en términos del promedio de rasgos que el paciente fue capaz de describir de algún objeto en particular que fueran lo suficientemente descriptivos. Se puede observar que al término del programa el paciente pudo describir de mejor manera los objetos que se le presentaban. En la LB2 no consiguió denominar ningún objeto mostrado, pero durante el periodo de intervención logró denominar tres objetos en específico (perro, gato y avión) que le eran comunes en el estado premórbido (ver Tabla 2).

Por lo revisado, en la ejecución pre intervención frente a la ejecución post intervención para la segunda fase con modelos neurocognitivos como base para la rehabilitación del paciente, se concluyen cambios porcentuales en las respuestas del paciente, por lo que es posible indicar que las técnicas aplicadas participaron del cambio hacia la mejoría de procesos cognitivos afectados.

Evaluación neuropsicológica

A los 15 meses de haber ocurrido el segundo evento isquémico, al paciente se le practicó una evaluación neuropsicológica. Entre las pruebas aplicadas estuvo el Test Barcelona versión abreviada (Peña-Casanova, 1990) como la prueba principal. Las puntuaciones obtenidas por el paciente se contrastan con los datos obtenidos por Villa (1999). Los resultados se muestran en el Anexo 1. Además, se aplicaron 3 pruebas más (ver Tabla 3): Figura

compleja de Rey-Osterrieth, pruebas de cancelación y Token test. Las primeras dos fueron aplicadas por posibles problemas visuo-perceptuales y la última para evaluar el nivel del lenguaje receptivo del paciente. Además, las últimas dos pruebas fueron interpretadas principalmente de forma cualitativa.

Después de 8 meses de tratamiento, al paciente se le practicó la misma evaluación (ver Anexo 1) para contrastar con la primera, mostrando como principal mejoría la comprensión y el seguimiento de instrucciones. Otras áreas que mostraron mejoras, en relación a los objetivos de la intervención fueron: la fluencia y el contenido del discurso del paciente, además de la lectura y escritura tanto de logogramas como de textos. En relación a las demás pruebas aplicadas, se encontró una menor puntuación en la prueba Token test, y en relación a la Copia de la Figura de Rey y a las pruebas de cancelación, el paciente mostró una mejoría significativa comparada a la primera evaluación, debido a que en la primera ocasión este mostró negligencias esporádicas en el campo visual superior derecho, las cuales se presentan con menor frecuencia conforme el programa de intervención avanzó. Este resultado puede ser atribuido a una recuperación espontánea de la percepción visuo-espacial, aunque no parece ser así en el almacenamiento de este tipo de material, ya que el paciente olvida inmediatamente la figura mostrada. Cabe señalar que durante la segunda evaluación el paciente reportó sentirse agotado en algunas actividades por lo que se infiere que en estas no pudo mostrar su desempeño.

Tabla 3.
Resultados de las pruebas antes y después de la aplicación del programa

Nombre de la prueba	Puntaje obtenido (junio-2017)	Puntaje obtenido (mayo-2018)	Puntaje esperado
Test Barcelona Abreviado	Anexo 1	Anexo 1	
Figura de Rey-Osterrieth	Copia 10 pts	21.5 pts	27-28 pts
Token test	Inmediata 0 pts	0 pts	18 pts
Cancelación	11.5 pts	9.5 pts	36 pts
	16/60	59/60	
	Letras ordenadas		
	Figuras desordenadas	No aplicado	48/60

Perspectiva del paciente y la familia

El paciente refiere que identifica cambios de manera paulatina, expresa que después de la intervención comprende mejor palabras y objetos que antes no entendía, aunque también señala que le hubiera gustado ver mayores avances en el área de la lectura, esto debido a que antes era una actividad importante para él.

Por otro lado, la esposa del paciente dice observar mejorías: “son menos las instrucciones que no me comprende”, ella refiere que al momento que su esposo quiere comunicarse con ella lo hace de forma más clara, que solo son problemáticos los momentos en los que el paciente quiere hablar de algún evento del pasado y que le resulta difícil darse a entender respecto a cuándo y a quienes se refiere, pero que proporciona mayores pistas que facilitan la comunicación. Además, refiere una mayor tolerancia a la frustración y que su relación se ha visto beneficiada con estos cambios, por lo cual se siente agradecida por el trabajo realizado.

Discusión

La rehabilitación de las afasias genera un gran interés desde los inicios de la neuropsicología como una disciplina clínica, por su implicación en los casos de daño cerebral y la complejidad que estos conllevan. En investigaciones recientes, se proponen técnicas para la rehabilitación de la afasia de conducción en adultos mayores que demuestran ser efectivas, evidenciando, al igual que este estudio, la posibilidad de que este tipo de población alcance cierto nivel de recuperación (Cubelli, Foresti, y Consolini, 1988; Hernández-Jaramillo y Galindo, 2016), al igual que la población con anomia (Kendall, Rosensbek, Heilman, Conway, Klenberg, Gonzalez, Rothi y Nadeau, 2008; Rosell-Clari y Hernández-Sacristán, 2017; Sánchez, Dumitrache, Calet y De los Santos, 2016).

Específicamente, en este estudio de caso resulta útil el uso de líneas base como una forma de poder medir el desarrollo del paciente a lo largo del proceso de rehabilitación, así como para poder realizar comparaciones de los diferentes momentos del tratamiento y el desempeño del paciente en los mismos, concordando con algunos estudios que recurren a este método de evaluación (Law, Wong, Sung y Hon, 2006; Wambaugh y Ferguson, 2007; Ansaldo, Marcotte, Vitali y Delgado, 2006), y no solo a la evaluación neuropsicológica.

A lo largo de la ejecución de este programa, se menciona de forma constante la participación, opinión y expectativas del paciente y su esposa, siendo esta última una presencia constante de apoyo durante el proceso. Esto resulta

de gran utilidad, tal como se menciona en el estudio realizado por Michallet, Dorcé y Tétrault (2001), quien señala que al tomar en cuenta a la pareja del paciente afásico se promueve una aproximación a la reintegración social del paciente, el cual es el objetivo principal de la rehabilitación. Considerando estas necesidades, durante el proceso de rehabilitación se encuentra que el tener en cuenta constantemente a la pareja, manteniéndola informada del progreso, ayuda a reforzar el hecho de que el programa de rehabilitación y los terapeutas le están teniendo en cuenta como un miembro activo en el proceso para promover la recuperación de la mayor funcionalidad posible de su esposo.

Asimismo, utilizar la técnica de desvanecimiento de claves propuesta por Glosky y sus colaboradores (1986), resultó efectiva para ayudar con las dificultades de denominación con la utilización de pistas, como se muestra en el estudio de Abel, Schultz, Radermacher, Willmes y Huber (2005); aunque se observa que no parece ser efectiva para que el paciente pueda realizar dicha función sin la ayuda de estos apoyos o, en otras palabras, no muestra generalización en su contexto.

Este estudio evidencia los beneficios del uso de la terapia por Integración de Rasgos Semánticos mostrando que aun pasando varios meses después del ACV se puede alcanzar cierto nivel de recuperación, concordando con el estudio hecho por Ansaldo, Marcotte, Vitali y Delgado (2006), aunque, en este caso, si bien la técnica no contribuye a que el paciente pueda denominar abiertamente estímulos, si alcanza una mayor facilidad para describir lo que desea comunicar.

Conclusiones

Como indican Sohlberg y Mateer (2001) el proceso de rehabilitación posterior a una lesión cerebral se condiciona en gran medida por las características individuales del paciente: el tipo de lesión, su extensión, el estado premórbido, los recursos psicosociales con que cuenta, el contexto familiar, etc. Así, la pregunta de si un procedimiento de rehabilitación cognitiva es exitoso solo puede contestarse bajo las mismas condiciones de individualidad. Es de dominio amplio en la literatura especializada que pacientes afásicos exigen un esfuerzo importante hacia los rehabilitadores, puesto que la individualidad de su lesión siempre será un reto y, en el caso expuesto en este estudio no es la excepción. Para responder a las condiciones de la lesión de este paciente se aprovecharon los marcos y modelos teóricos disponibles, y con ello se respondió al llamado de Lezak (2012) que invita al neuropsicólogo a aplicar altos niveles de creatividad e ingenio ante escenarios complicados por las lesiones cerebrales humanas.

Se concluye entonces que, durante la intervención neuropsicológica, ante un caso de esta naturaleza, el proceso debe poseer bases teóricas que sustenten las técnicas a desarrollar, una intensa creatividad e ingenio para integrar las condiciones personales y familiares, y finalmente una clara visión sobre el efecto del progreso del paciente en la vida cotidiana como resultado de una apropiada y ecológica intervención.

Referencias

- Abel, S., Schultz, A., Radermacher, I., Willmes, K. y Huber, W. (2006). Decreasing and increasing cues in naming therapy for aphasia. *Aphasiology*, 19(9), 831-848. DOI: 10.1080/02687030500268902
- Ansaldo, A., Marcotte, K., Vitali, P. y Delgado, A. (2006). La terapia por integración de rasgos semánticos en la anomia crónica: perspectiva comportamental y neurobiológica en un caso de afasia severa. *Revista de Neuropsicología*, 1(1), 4-8. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=print&id_revista=159&id_seccion=2642&id Ejemplar=4079&id_articulo=39530
- Ardila, A. (2014). *Aphasia Handbook*. Miami: Florida International University
- Berthier, M. y Green, C. (2007). Afasia: formas clinicotopográficas y modelos funcionales. En Peña-Casanova (Ed.), *Neurología de la conducta y neuropsicología* (pp. 93-107). Barcelona: Medica panamericana
- Caracuel, A., Santiago-Ramajo, S., Vendejo-García, A. y Pérez, M. (2014). Rehabilitación neuropsicológica de la memoria. En Dotor y Arango (Eds.), *Rehabilitación cognitiva de personas con lesión cerebral* (pp. 105-119). México: Trillas
- Cubelli, R., Foresti, A., y Consolini, T. (1988). Reeducation strategies in conduction aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 239-249. DOI: 10.1016/0021-9924(88)90032-9

- De los Reyes, C., Moreno, A. y Arango-Iasprilla, J. (2014). Introducción a la rehabilitación neuropsicológica. En Ramos (ed.), *Guía básica en neurociencias* (pp. 314-332). Barcelona: Elsevier
- Díaz, A. (2016). Intervención neuropsicológica. En Villa, Navarro y Villaseñor (eds.), *Neuropsicología clínica hospitalaria* (pp. 57-80). México: Manual moderno
- Gallardo, G. y Martínez, A. (2016). Neuropsicología de la enfermedad vascular cerebral. En Villa, Navarro y Villaseñor (eds.), *Neuropsicología clínica hospitalaria* (pp. 119-136). México: Manual moderno
- Glisky, E., Schacter, D. y Tulving, E. (1986). Learning and retention of computer related vocabulary in memory-impaired patients: method of vanishing cues. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 8(3), 292-312. DOI: 10.1080/01688638608401320
- Hernández-Jaramillo, J. y Galindo, E. (2016). Terapia de restricción inducida en afasia: diseño de sujeto único en afasia de conducción. *Revista de Ciencias de la Salud*, 14(3): 425-448. DOI: <https://doi.org/10.12804/revsalud14.03.2016.09>
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without?. *Disability and Rehabilitation*, 33(3), pp. 211-218. DOI: 10.3109/09638288.2010.508829
- Jodar, M. y Redolar, D. (2013). Neuropsicología del lenguaje. En Jodar, Redolar, Blázquez, González, Muñoz, Periañez y Viejo (eds.), *Neuropsicología* (pp. 111-169). Barcelona: UOC
- Kazdin, A. (1982). *Single-case research designs, methods for clinical and applied settings*. Nueva York: Oxford Press
- Kendall, D., Rosenbek, J., Heilman, K., Conway, T., Klenberg, K., Gonzalez, L. y Nadeau, S. (2008). Phoneme-based rehabilitation of anomia in aphasia. *Brain and Language*, 105(1), 1-17. DOI: 10.1016/j.bandl.2007.11.007
- Law, S., Wong, W., Sung, F. y Hon, J. (2006). A study of semantic treatment of three Chinese anomic patients. *Neuropsychological rehabilitation*, 16(6), 601-629. DOI: 10.1080/09602010543000046
- Lazar, R. (2011). Stroke. En Kreuzer, De Luca, Caplan (eds.) *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. New York: Springer
- Lezak, M., Howieson, D., Bigler, E. y Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment*. Nueva York: Oxford Press
- Luria, A. (1986). *Las funciones corticales superiores del hombre*. México: Fontamara
- Michallet, B., Le Dorze, G. y Tétéault, S. (2001). The needs of spouses caring for severely aphasic persons. *Aphasiology*, 15(8), 731-747. DOI: 10.1080/02687040143000087
- Padilla, L., Téllez, A., Galarza, J., Téllez, H., Garza, M. y Garza, C. (2016). *Diccionario de neuropsicología*. México: Manual moderno
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa integrado de exploración neuropsicológica, Test Barcelona, Manual*. Barcelona: Masson
- Rosell-Clari, V. y Hernández-Sacristán, C. (2017). Anomia rehabilitation viewed from a pragmatic-functional paradigm. A case study. *Revista de Investigación en Logopedia*, 7(1), 47-70. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RLOG/article/view/58181/52366>
- Sánchez, A., Dumitrache, C., Calet, N. y De los Santos, M. (2016). Intervención en un paciente con Enfermedad de Alzheimer: anomia léxica. *Revista de Investigación en Logopedia*, (1), 70-87. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=350846066004>
- Sohlberg, M. y Mateer, C. (2001). *An integrative neuropsychological approach*. Nueva York: Guilford Press
- Trejo, D., Nuche, A., Ortega, J., Marcotte, K. y Ansaldo, A. (2014). Terapia por integración de rasgos semánticos en trastornos de la denominación. En Dotor y Arango (Eds.), *Rehabilitación cognitiva de personas con lesión cerebral* (pp. 137-163). México: Trillas
- Tsvétkova, L. (1977). *Reeducación del lenguaje, la lectura y la escritura*. Barcelona: Fontanella.
- Villa, M. (1999). Versión mexicana del Test Barcelona. *Perfiles normales. [Tesis de maestría en neuropsicología]*, Universidad Autónoma de Barcelona: España.
- Wambaugh, J. y Ferguson, M. (2007). Application of semantic feature analysis to retrieval of action names in aphasia. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(3), 381-394. DOI: 10.1682/JRRD.2006.05.0038

Anexo 1.

Tabla 4.
Puntuaciones pre y postest del Test Barcelona Versión Abreviada

Subprueba	27/06/2017		16/05/2018	
	PD	PC	PD	PC
Fluencia y gramática	3	<10	8	<10
Contenido informativo	0	<10	3	<10
Orientación persona	2	<10	1	<10
Orientación tiempo	0	<10	1	<10
Orientación lugar	0	<10	5	<10
Dígitos directos	3	<10	3	<10
Dígitos inversos	3	60	2	20
Series orden directo	2	<10	1	<10
Series orden directo T**	2	<10	2	<10
Series inversas	1	<10	0	<10
Series inversas T**	1	<10	0	<10
Repetición de logatomos	0	<10	1	<10
Repetición palabras	3	<10	2	<10
Denominación de imágenes	0	<10	0	<10
Denominación de imágenes T**	0	<10	0	<10
Respuesta denominando	0	<10	0	<10
Respuesta denominando T**	0	<10	0	<10
Evocación por categoría (animales) 1 min.	0	<10	0	<10
Comprensión y realización de ordenes	2	<10	9	<10
Material verbal complejo	5	<10	6	<10
Material verbal complejo T**	10	<10	13	<10
Lectura logatomos	1	<10	2	<10
Lectura logatomos T**	4	<10	4	<10
Lectura texto	0	<10	4	<10
Comprensión logatomos	3	<10	2	<10
Comprensión logatomos T**	12	<10	5	<10
Comprensión de frases y textos	0	<10	99*	
Comprensión de frases y textos T**	0	<10	99*	
Mecánica de la escritura	4	<10	5	95
Dictado de logatomos	1	<10	2	<10
Dictado de logatomos T**	2	<10	3	<10
Denominación escrita	0	<10	0	<10
Denominación escrita T**	0	<10	0	<10
Gesto simbólico orden derecha	0	<10	6	<10
Gesto simbólico orden izquierda	0	<10	6	<10
Gesto simbólico imitación derecha	10	95	10	95
Gesto simbólico imitación izquierda	10	95	10	95
Imitación de posturas bilaterales	6	<10	6	<10
Secuencia de posturas derecha	5	<10	4	<10
Secuencias de posturas izquierda	6	20	2	<10
Praxis constructiva copia	6	<10	18	95
Praxis constructiva copia T**	11	<10	27	20
Imágenes superpuestas	17	<10	18	10
Imágenes superpuestas T**	23	<10	20	<10
Memoria textos	0	<10	0	<10
Memoria textos preguntas	0	<10	1.5	<10
Memoria textos diferida	0	<10	0	<10
Memoria textos diferida preguntas	0	<10	0	<10
Memoria visual reproducción	4	<10	5	10
Problemas aritméticos	99*		1	<10
Problemas aritméticos T**	99*		2	<10
Semejanzas-abstracción	0	<10	0	<10
Clave de números	99*		8	<10

Nota: 99*No aplicado, **Tiempo de ejecución