



Inscrita en el Registro Nacional
De Asociaciones Grupo 1/
Sección 1 Nº 587561
G-84689066

MEMORIA DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADO AL AFÁSICO DEL AÑO 2017

PROGRAMA INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN DE LA AFASIA.

a) PROGRAMA CON REHABILITACIÓN DE LA DISARTRIA.

Dirigidos a las personas con afasia con disartria, es decir problemas articulatorios, dicho programa tiene como objetivo mejorar la articulación de los fonemas dirigido por un logopeda. Se utilizarán programas como el sedita con visualización de la vocalización, ejercicios articulatorios dirigidos, masaje facial, utilización de programas miofaciales con estimulación eléctrica. Utilización en su caso de elementos restrictivos para el fortalecimiento de los músculos linguales, asimismo se hará hincapié en la coordinación de la respiración con la emisión fonética.

El programa lo realiza un logopeda. Las sesiones son individuales y en grupo en función de la valoración previa de su afasia y disartria.

Personas tratadas de forma individual 20, aproximadamente 25 personas en total.

Hay tres grupos con dos /tres personas en cada grupo. Los grupos trabajan una vez a la semana, con duración de una hora.

HORARIO DE PROGRAMA REHABILITACIÓN DISARTRIA
LUNES A VIERNES DE 9.00 A 12.00

b) PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE LA COMUNICACIÓN

La asociación ayuda afasia en España ha desarrollando un sistema de reeducación de la afasia a través de un programa con soporte multimedia. Las bases metodológicas cumplen las condiciones de:

- aprendizaje progresivo.
- Frecuencia de las palabras
- Intensivo
- Utilización de la visualización de imágenes

- Utilización de la lectoescritura para mejorar la anomia, comprensión y discriminación auditiva, además de la escritura y lectura.

En la elaboración del programa hemos tenido en cuenta que:

- Las personas con afasia suelen tener más dificultad en pronunciar palabras con sílabas complejas. Esta dificultad se constata en la lectura y en la escritura.
- Por otro lado las palabras pueden ser de una, dos, tres o más sílabas. Una persona con afasia encuentra más problemas al pronunciar palabras con más de dos sílabas.
- La persona con afasia tiene preservada el reconocimiento visual y su memoria visual es normal.
- La persona con afasia suele tener afectada la memoria auditiva a corto plazo.
- La persona con afasia puede tener problemas de discriminación auditiva.

El programa individual de rehabilitación también utiliza tarjetas y lecturas para el desarrollo de la expresión organizada del discurso. Dichas lecturas organizadas según dificultad creciente se aplican cuando se ha conseguido un nivel de lectura medio. El programa utiliza además diferentes ejercicios que abarcan las diferentes áreas cognitivas relacionadas con el lenguaje desde vocabulario, uso de determinantes, juegos de memoria visual y auditiva, ejercicios de comprensión lectora, sinónimos, antónimos.....

Los ejercicios se aplicarán siempre teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la evaluación de la afasia y atendiendo al tipo de afasia.

La intervención la realiza un psicólogo con especialidad en pensamiento y lenguaje y/o neuropsicólogo. También puede realizarlo un logopeda con formación postgrado en neuropsicología.

El programa incluye atención individual y grupal en la asociación. El total de personas atendidas se sitúa en los 98 pacientes

Personas tratadas individualmente: 90

Personas tratadas en grupo. Los grupos son de dos, tres y cuatro personas. Hay 4 grupos semanales, cada sesión es de una hora.

Aproximadamente 30 personas reciben sesiones de grupo

**HORARIO DE PROGRAMA REHABILITACIÓN DE LA AFASIA
LUNES A JUEVES DE 9.00 A 14.00 Y DE 15.00 A 19.00 HORAS**

Disponemos de 15 usuarios que abonan sus tratamientos mediante el cheque servicio de la Comunidad de Madrid

C) VALORACIÓN E INTERVENCIÓN EN LA AFASIA PRIMARIA PROGRESIVA

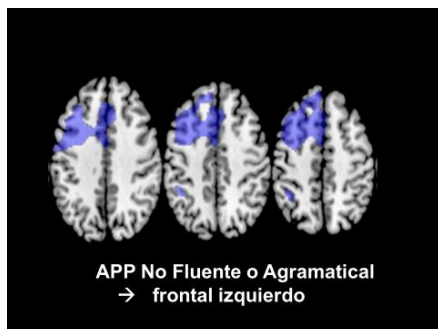
Es importante primero conocer que hay tres variantes de afasia primaria.

Cada variante presenta unas características diferentes a nivel clínico y un pronóstico diferente.

En cada variante la neurodegeneración se relaciona con una región diferente del cerebro

Variantes:

AFASIA PRIMARIA PROGRESIVA NO FLUENTE O AGRAMATICAL



Pruebas de neuroimagen:

En MRI atrofia en la ínsula zona posterior

En SPECT o PET hipoperfusión o hipometabolismo en la región frontal izquierda.

Pueden presentar patología TAU.

En pruebas diagnósticas presentan:

Dificultad en el deletreo

Enlentecimiento del habla.

Aprosodia

Dificultad articulatoria. Disartria

Omisión o errores en el uso de preposiciones y artículos.

Su lenguaje espontáneo incluye más sustantivos que verbos. Suelen omitir sujetos y abusar de pronombres.

La comprensión oral y lectora está preservada inicialmente. Mayor dificultad en frases sintácticamente complejas.

No pierden la relación semántica entre objetos (categorías)

Mucha dificultad en leer palabras no reales, lexicalizan

Peor rendimiento en la lectura de lista de verbos.

Denominación: mejor rendimiento en denominación de sustantivos por confrontación que en una frase. Peor rendimiento en lista de números, días de la semana o meses, prendas de vestir y partes del cuerpo.

Las variables que afectan a la lectura vienen determinado también por la longitud de la palabra y la composición silábica.

Suele haber problemas de denominación de verbos.

Problemas en la formación de tiempos verbales.

Cambio y alteración de las palabras por otras de igual significado en la repetición de oraciones.

Puede estar alterada la repetición de frases por omisión de elementos sintácticos.

Puede estar alterada la memoria del trabajo. Prueba de dígitos

No presentan agnosia hasta fases muy avanzadas.

En pruebas de fluidez verbal mejor rendimiento por categoría que por letra (ver categorías de prendas de vestir y partes del cuerpo y comparar con otras categorías)

En la APP no fluente pueden aparecer signos motores, bien de parkinsonismo (rigidez, dificultades para caminar, torpeza en extremidades), o bien piramidales. En fases más avanzadas, dificultades en la deglución y alteraciones conductuales.

Relacionado con aspectos emocionales suele haber cambios bruscos de humor, pasan de la risa al llanto, no sienten empatía y en fases no muestran emociones, sus rostros son como una máscara.

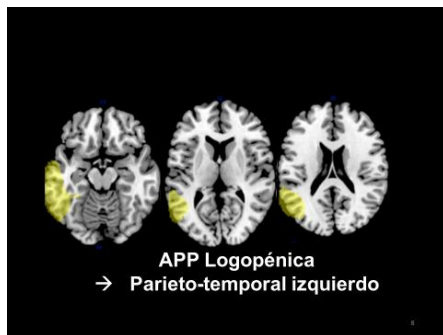
En fases avanzadas presentan fallo en coordinación de movimientos.

Mala repetición de series rítmicas.

Poca movilidad lingual y linguovelar en fases avanzadas

Poca iniciativa.

AFASIA LOGOPÉNIC



Pruebas de neuroimagen:

En MRI atrofia en la región perisilviana posterior y lóbulo parietal

En SPECT o PET hipoperfusión o hipometabolismo en la región perisilviana posterior y lóbulo parietal

Pueden presentar patología amiloide

Presentan los siguientes síntomas:

Problemas para abstraer una idea, dificultad en extraer aspectos comunes relacionados o seguir secuencias lógicas.

Dificultad en la exposición de ideas, no estructuran bien y no sintetizan. (se van por las ramas)

Dificultad en denominación especialmente con ciertas categorías como son animales y herramientas. La anomia por confrontación es moderada.

En pruebas de fluidez verbal presentan dificultad tanto por fonema como por categoría semántica (observar diferentes rendimientos según categoría semántica: peor animales y herramientas).

Escritura afectada tanto espontánea como al dictado, cometiendo errores ortográficos y por omisión /adición de letras. Falta de acentuación y puntuación.

Van perdiendo la estructura fonológica de las palabras. Dificultad en reconocer palabras reales de aquellas no reales con modificación o alteración de fonemas muy similares a las reales (lexicalización).

Como pruebas diagnósticas las más llamativas son los errores cometidos en la lectura de palabras no reales, prueba de detección de palabra real frente a no real y los errores cometidos en el dictado de palabras largas.

Poco rendimiento en pruebas de deletreo.

Pierden la estructura de la frase, pierden la puntuación y la prosodia. Dificultad de repetir ritmos.

En fases iniciales afectación de la memoria, como consecuencia dificultad en retener secuencias presentadas de forma oral largas. (palabras largas, frases u órdenes largas con relativos, preposiciones y pronombres).

Todo esto produce alteración de la repetición y la denominación

Más preservada la memoria visual, aunque en fases avanzadas pueden presentar agnosia visual.

En la APP logopénica pueden aparecer trastornos de memoria y de orientación.

Son frecuentes los cambios de humor

Poca atención

Pueden presentar dificultad para dormir.

No cursa con trastornos de conducta

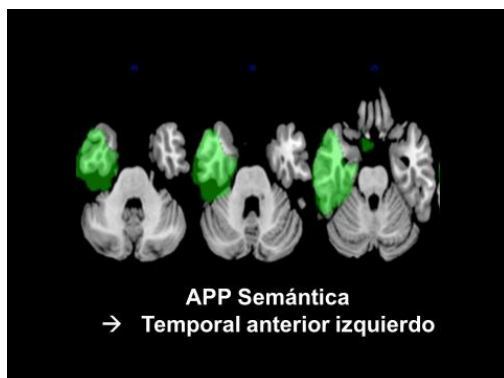
AFASIA SEMÁNTICA

Pruebas de neuroimagen:

En MRI atrofia en el lóbulo temporal anterior

En SPECT o PET hipoperfusión o hipometabolismo en el lóbulo temporal anterior

Pueden presentar patología TDP-43



Pueden presentar estos síntomas::

Problemas de denominación de palabra aislada (más problemas con sustantivos que con verbos), mejor rendimiento en denominación de acciones.

En su discurso si dicen sujeto y verbo, suelen omitir los sustantivos.

En fases avanzadas presentan un lenguaje fluido pero vacío de contenido

Problemas de acceso al léxico, en los inicios es mejor ayuda semántica para recuperar la palabra, luego problemas tanto con ayuda semántica como fonológica.

En ejercicios de fluidez verbal, mejor rendimiento por fonología que por categoría semántica.

Problemas en categoría animales y plantas.

Mucha dificultad en denominación de sustantivos por confrontación, pero menos en lenguaje conversacional.

Comprensión:

Problemas de comprensión de palabras aisladas.

Problemas de relación semántica entre objetos.

Problemas en el reconocimiento de caras.

Problemas en reconocer la parte de un todo.

Deterioro en el conocimiento de objetos (agnosia) especialmente si son de baja frecuencia

Problemas en la lectura en voz alta de palabras en mayúscula y sin acentuar especialmente en aquellas irregulares (agudas y esdrújulas).

Problemas de lectura y de escritura similares a la dislexia superficial. Alteración del conocimiento semántico, problemas con v/b g/j ll/y palabras con h....

Problemas de comprensión lectora. Dejan de leer porque no entienden el texto.

En escritura al dictado y espontánea cometen errores ortográficos: Dislexia superficial

En algunas modalidades la letra cambia y se hace más pequeña a medida que escribe.

Preservada la repetición de palabras y frases.

No presentan agramatismo.

Pueden presentar problemas de equilibrio. (afectación lóbulo temporal inferior y posterior)

Suelen PRESENTAR conductas muy extremas, hiperreligiosidad, irritabilidad, desinhibición, inflexibilidad, manías como tener un orden máximo etc..

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

Para cada una de las tipologías se ha diseñado un protocolo de intervención

Hay una parte común a las tres que supone trabajar la denominación de sustantivos. Dependiendo del nivel se darán una serie de ayudas u otras.

En la segunda parte de cada sesión se trabajará si es frontal principalmente verbos, gramática, deletreo y silabeo, y longitud de frases

Si es semántica se hará más énfasis en la comprensión oral y escrita, trabajar las categorías verbales y relaciones semánticas de los objetos.

Si la tipología es logopénica la intervención focalizará en verbos, elección de palabra real versus palabra no real, repetición de oraciones, memoria de secuencias temporales y memoria auditiva de palabras largas y poco comunes. Se hace hincapié en ejercicios de atención.

Cada caso se ajusta según tipología y severidad al programa establecido. Las sesiones son individuales y de una hora de duración

REHABILITACIÓN INTENSIVA DE LA AFASIA CRÓNICA DE FORMA INDIVIDUAL Y EN GRUPOS.

Actualmente se ha demostrado que es posible mejorar el uso del lenguaje más allá del primer año y que, en algunos casos, los pacientes consiguen recuperarse después de haber transcurrido varios años.

Estos resultados se han obtenido mediante la utilización de un método de rehabilitación del lenguaje, basado en la CONSTRAINT INDUCED MOVEMENT THERAPY (CIMT), un técnica desarrollada por Taub para la rehabilitación de la paresia del miembro superior por daño cerebral sobrevenido.

Tal y como señalan Pulvermüller y cols. (2001), los afásicos desarrollan en muchos casos conductas compensatorias, recurriendo a formas de comunicación no verbal como mecanismos para contrarrestar la expresión hablada, como gestos, señas, modulaciones de la voz, dibujos y la escritura, en el caso de que la conserven.

Se ha señalado que el uso de estas conductas compensatorias obedece a un proceso de aprendizaje, ya que este tipo de comunicación les proporciona éxito, dando lugar a su uso aumentado. Al tiempo, como consecuencia y debido a las experiencias negativas con la comunicación verbal y/o incluso el fracaso, conduce gradualmente a un deterioro e incluso abandono del uso de la misma en su vida diaria con las personas

de su entorno. El fallo de comunicación verbal puede considerarse como un aprendizaje de pérdida de funcionalidad del lenguaje. . El desarrollo de la no funcionalidad de la mano dañada en personas hemiparésicas presenta similitudes conceptuales a la utilización del lenguaje verbal en personas afásicas. Esta similitud, sugiere la posibilidad potencial de aplicar las estrategias de rehabilitación de la mano hemiparésica a la afasia. La rehabilitación se conoce como Constraint Induced Movement Therapy (CIMT), que fue desarrollado por Taub y cols (1999, 2002). La combinación de la restricción de formas de comunicación alternativas junto a una terapia basada en el establecimiento de conductas lingüísticamente relevantes y prácticas, da lugar a una nueva concepción de rehabilitación del lenguaje llamada Constraint-Induced Aphasia Therapy (Pulvermüller y cols., 2001; Neiningen y cols., 2004, Meinzer y cols. 2007).

Los pacientes trabajan durante 10 días seguidos, de forma individual y en grupos de tres personas en una terapia basada en juegos de lenguaje. Los pacientes trabajan al menos tres horas diarias.

El tratamiento se basa en los siguientes **principios**:

1. El material y las técnicas empleadas deben representar conductas relevantes.
2. El material utilizado para conseguir la restricción tiene que conseguir focalizar la producción verbal.

La terapia implica que el lenguaje hablado sea considerado la principal vía de comunicación (restricción del lenguaje no verbal), esto no significa que el objetivo es no permitir ningún tipo de gestos para siempre. Es bien conocido que el sistema motor y el verbal a nivel corteza cerebral son interdependientes y que el uso de gestos puede de hecho facilitar el lenguaje hablado. Por eso, el uso de la comunicación verbal es reforzado, mientras que el uso de los gestos es restringido como primera estrategia comunicativa.

Hemos indicado que para adaptar los principios básicos de la CI es fundamental aplicar estrategias de aprendizaje progresivo y que lo aprendido fuese relevante para el paciente. Es decir que el lenguaje utilizado en el entrenamiento debe ser muy parecido al lenguaje de la vida diaria.

Los principios básicos de la terapia comunicativa de la afasia (Citada por Pulvermüller and Roth, 1991)

- El material clínico tiene que estar relacionado o ser muy parecido a la comunicación en la vida diaria.

- La secuencia comunicativa en la intervención clínica debe ser similar a la que se produce en una conversación en la vida diaria.
- El nivel de conocimientos relevante para la comunicación de los participantes debe ser congruente con el conocimiento de los participantes en una conversación natural.
- Los objetivos y estrategias comunicativas de los participantes deben ser las mismas a aquellas que serían las normales en una conversación natural.
- Es necesario que el paciente pueda poner en práctica lo aprendido de forma repetida.

Evaluación pretratamiento: 2 horas

Información para familiares y preparación cognitiva: 1 hora

Composición: El programa se hace individual o en grupo, con una terapeuta y un co-terapeuta.

Duración: tres horas de lunes a viernes por la mañana durante dos semanas.

El programa lo realiza un psicólogo con especialidad en pensamiento y lenguaje y/o neuropsicólogo.

HORARIO DE PROGRAMA REHABILITACIÓN INTENSIVA DE LA AFASIA

LUNES A VIERNES DE 9.00 A 12.00 DURANTE DOS SEMANAS (10 DÍAS LECTIVOS)
SE OFRECEN PROGRAMAS INTENSIVOS DURANTE TODO EL AÑO, EXCEPTO LOS PERIODOS VACACIONALES.

Este año 2018 se han realizado 8 intensivos individuales

Firmado:

Helena Briales

Directora de la Asociación Ayuda Afasia con domicilio en la calle Infanta Mercedes 111, (28020) de Madrid y CIF: G-84689066