

Como referenciar este capítulo:

Couto, E. (1998). Sabina y Carolina: uso de sistemas de signos y ayudas técnicas en el proceso de rehabilitación de la afasia. En C. Basil, E. Soro-Camats y C. Rosell. Sistemas de signos y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura (pp. 243-248). Barcelona: Masson. Disponible en la colección OMADO del Dipòsit Digital de la UB.



# SABINA Y CAROLINA: USO DE SISTEMAS DE SIGNOS Y AYUDAS TÉCNICAS EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LA AFASIA

*E. A. B. Couto*



## INTRODUCCIÓN

En este capítulo se describe la historia y el proceso de intervención seguido en el caso de dos personas afectadas de afasia. En ambos casos se define el tipo de afasia de acuerdo con la clasificación de Garrett y Beukelman (1992) (v. cap. 18), que se basa en en las características de la actuación (*performance*) comunicativa de la persona, y no en la localización de la lesión. Tanto para Sabina como para Carolina, el uso de una diversidad de sistemas de signos (gestos, escritura, pictogramas) y de ayudas técnicas (tableros de comunicación, ordenador), unido a un proceso de intervención orientado a potenciar la interacción comunicativa en los entornos naturales, supuso una mejora significativa en sus habilidades de comunicación y lenguaje. Se demostró que la pertenencia de una persona a uno u otro grupo de la clasificación de las afasias utilizada no es estática, pues ambas personas cambiaron de grupo en dicha clasificación como consecuencia del tratamiento, pasando de un grupo caracterizado por trastornos de la comunicación más graves a otro caracterizado por un mayor nivel de competencia.

## SABINA

En el primer caso se describirá y analizará la intervención clínica en una paciente brasileña, con afasia grave, que en el transcurso del tratamiento fue usuaria de varios sistemas y estrategias de CAA. Se destacará la utilización del ordenador como instrumento de expresión escrita que posibilitó la organización del lenguaje, y actuó como un facilitador de la emisión oral. Hoy en día, la paciente es capaz de expresarse oralmente de manera inteligible y funcional, pero presenta secuelas motoras moderadas y una limitación para la organización del discurso.

### Historia clínica

Sabina, de 26 años y sexo femenino, sufrió en marzo de 1990 un choque hipoglucémico metabólico de causa desconocida, permaneciendo en coma durante 15 días. La tomografía reveló una lesión difusa y una hipotrofia cerebral. La paciente fue evaluada por la logopeda 4 meses después del incidente presentando una tetraplejía, perturbaciones perceptivas (atención, memoria, etc.) y un cuadro de afasia global y apraxia oral que per-

mitió caracterizarla como una comunicadora de selección básica. La paciente inició una rehabilitación motora y perceptiva, así como una intervención logopédica que tenía como objetivo inmediato el desarrollo de la competencia comunicativa, con la recuperación de la comprensión y de algún modo de expresión.

**Terapia**

En la primera etapa se intentó reactivar la comprensión oral y escrita utilizándose la terapia orientada para el lenguaje de Shewan y Bandur (1986), y en relación a la expresión se trabajó la motricidad oral para disminución de la apraxia. La paciente presentó una rápida evolución de la comprensión oral y escrita pero, en relación a la expresión oral, su evolución era muy lenta y ocasionaba una gran ansiedad en la paciente y en sus familiares. Al cabo de 6 meses de rehabilitación se decidió intervenir en la readquisición de la escritura al mismo tiempo que se propuso a la paciente y a sus familiares la utilización de un tablero de comunicación.

Después de vencer la resistencia inicial de la familia, se organizó un tablero de comunicación con los nombres de los familiares, las palabras SÍ/NO, algunos dibujos indicando acciones diarias como comer, dormir, etc., y los ejercicios de motricidad oral que la paciente debería hacer diariamente. Al mismo tiempo, en la rehabilitación motora Sabina era entrenada en la coordinación motriz que le permitiría señalar con precisión. Más tarde se abandonó el tablero con palabras y dibujos para dar lugar a un tablero con las letras del alfabeto y las palabras SÍ/NO (fig. 19-1). La utilización de este sistema tuvo varias etapas y evolucionó en la medida en que la paciente readquiría la escritura y desarrollaba mejor control en

el manejo del sistema, aumentando su competencia comunicativa. Al principio, la paciente deletreaba tan sólo la primera letra de la palabra, pero enseguida empezó a deletrear el nombre de las personas, los verbos de acción y algunos sustantivos. Posteriormente estructuraba pequeñas oraciones (verbo + sustantivos) y por fin buscaba la palabra clave de lo que deseaba comunicar.

La intervención con la utilización alternada de los dos tipos de tablero demostró que servían no sólo como sustitutos sino también como facilitadores de la readquisición del lenguaje, puesto que, mientras Sabina elaboraba espontáneamente las palabras y oraciones, reactivaba su memoria semántica y aplicaba las reglas sintácticas. La rehabilitación del habla consistía en la estimulación de la motricidad oral, de la emisión de las vocales, los diftongos, las consonantes y la formación de palabras. La evolución era constante pero lenta. Así que empezó a articular las palabras, se observó una hipofonía muy acentuada, que dificultaba la inteligibilidad del habla.

Según avanzaba el tratamiento eran cada vez más evidentes las secuelas concretas del trastorno en relación a la organización del lenguaje, a la memoria y al raciocinio verbal. La intención comunicativa estaba conservada pero la habilidad pragmática presentaba alteraciones tales como la dificultad para llamar la atención de un interlocutor con el fin de iniciar una interacción comunicativa. Sabina siempre esperaba a que el interlocutor iniciara la interacción y a que llevara el control de la misma. En cambio, la familia relató que la chica era muy voluntariosa y activa anteriormente al incidente. En el aspecto motor se fue operando una evolución positiva, principalmente en la coordinación de la motricidad fina, que se trabajaba insistentemente porque se buscaba la readquisición de la escritura manual.

En este momento, Sabina ya empezaba a sentirse insatisfecha con el tablero y con las letras del alfabeto. Alegaba que era muy lento y que le costaba completar una pequeña oración, puesto que en el transcurso de la ejecución se le olvidaban letras y/o palabras, o perdía el hilo de lo que

A	B	C	D	E	F
G	H	I	J	L	M
N	O	P	Q	R	S
T	U	V	X	Z	
SIM	NÃO				

Fig. 19-1. Cuadro alfabético adaptado para el portugués.

quería decir. Le costaba tener que elaborar un mensaje y ejecutarlo al mismo tiempo. Juzgamos que posiblemente si le proporcionábamos un *feedback* visual de lo que escribía, no tendría que depender tanto del «juego de adivinanza» del interlocutor cuando ella se atascaba. Con este fin, puesto que Sabina no presentaba todavía condiciones para la escritura manual, se planteó un entrenamiento de la escritura en máquina de escribir, y se probó tanto una máquina manual como una eléctrica. La utilización de la máquina de escribir se mostró inadecuada, pues la paciente no tenía coordinación suficiente en los miembros superiores ni fuerza en los dedos para presionar las teclas. En octubre de 1992, inmediatamente después de las tentativas frustradas con la máquina de escribir, decidimos utilizar un ordenador, lo que creíamos posibilitaría la escritura y consecuentemente la comunicación. Esta decisión estuvo fundamentada en varios aspectos. En primer lugar, el hecho de que Sabina ansiaba una escritura que la ayudara en la comunicación, y los sistemas ensayados hasta el momento cumplieron su función pero se revelaron incómodos a la larga; el tablero de comunicación ya no solucionaba sus necesidades porque la limitaba en el contenido, la fluidez y la rapidez. Un segundo aspecto que se tuvo en cuenta fue que el ordenador, además de ser un instrumento para la escritura, podría actuar como un medio de comunicación activo y eficiente. La paciente conseguiría manifestar sus pensamientos, ideas y emociones escribiendo. En el caso de Sabina, la utilización del teclado para la escritura sólo sería posible con la utilización de interfases y programas específicos. Un último aspecto que debía considerarse era que los déficit de razonamiento lógico y verbal, como también los problemas de memoria visual y verbal, podrían ser mejor evaluados y estimulados a través de juegos interactivos.

La utilización del ordenador demostró unos beneficios mucho más amplios de lo que imaginábamos. Lo más importante es que resultó un instrumento de expresión escrita que facilitó la emisión oral. La paciente escribía las palabras en

el ordenador y las leía en voz alta comparando los dos registros y corrigiendo su habla. Con el transcurso del tiempo, Sabina tomaba conciencia de la secuencia fonológica de las palabras, de las omisiones, cambios de los fonemas y de la transposición fonema-grafema. Cuando empezó a escribir frases, el ordenador se constituyó en un auxiliar importante de la reorganización del lenguaje. La paciente presentaba agramatismo y parafrasis en el habla, que también estaban presentes en la escritura, en forma de paragrafías y un contenido agramático. Visualizando su escritura en el ordenador tenía conciencia de su agramatismo y realizaba la corrección.

Escribiendo pequeñas oraciones con la estructura pronombre + verbo + sustantivo empezó a emitir frases oralmente utilizando las reglas de la sintaxis, y fue ampliando cada vez más su vocabulario. Cuando pasó a escribir pequeños textos, Sabina tuvo la oportunidad de organizar un discurso escrito más complejo, explotando el vocabulario y el conocimiento que tenía de la lengua. Cada adquisición de la escritura la transfería paulatinamente al habla. También se observó una evolución positiva en la motricidad de los miembros superiores, de manera que fue accionando el teclado cada vez con mayor precisión y rapidez.

El tratamiento fue interrumpido después de 3 años, cuando la paciente ya hablaba con fluidez, aunque con algunas dificultades en cuanto a la articulación (disartria) y la voz, pero con un contenido lingüístico bien estructurado y funcional. En la comunicación oral había recuperado las habilidades pragmáticas que se mostraban deficientes en el inicio del tratamiento, y podía mantener conversaciones espontáneas y relevantes en las que utilizaba el habla y algunas veces la escritura. En resumen, la utilización de los sistemas multimodales de comunicación aumentativa y alternativa auxiliaron a la paciente en la readquisición del habla. En una primera etapa se utilizaron sistemas de «baja tecnología», que actuaron como sustitutos del habla (los tableros de comunicación). Enseguida, los sistemas de «alta tecnología» mejoraron la comunicación y actuaron

como facilitadores en la reactivación del lenguaje y del habla. El tratamiento logró en último término la comunicación funcional a través del canal oral y alcanzó sus objetivos con la utilización de métodos compensatorios, que le permitieron desde el primer momento intervenir en el entorno de manera efectiva. La paciente, que al inicio de la rehabilitación se presentaba como una comunicadora de selección básica, evolucionó de tal manera que pasó a necesitar apoyo tan sólo en circunstancias especiales, lo cual permitió recalificarla como una comunicadora con necesidades específicas (v. cap. 18).

## CAROLINA

El segundo caso corresponde a una persona que al inicio de la terapia se reveló como una comunicadora en situaciones controladas, y cuyo cuadro comunicativo evolucionó hasta convertirla en una comunicadora multimodal.

### História clínica

Carolina es una mujer de 41 años, diestra, modista, viuda y con una hija de 11 años. En febrero de 1992 le fue diagnosticado un aneurisma en la carótida izquierda y fue sometida a una cirugía para extirparlo. En el postoperatorio la paciente sufrió una isquemia frontotemporal extensa, presentando un cuadro de afasia de Wernicke con hemiparesia derecha acentuada en el miembro superior, y una hemianopsia lateral homónima derecha (laudo neurológico con fecha de abril de 1992).

La paciente compareció a la primera entrevista con la logopeda acompañada de la madre y la hermana. Intervénía en las respuestas de los familiares e iniciaba la conversación, demostrando un buen grado de competencia comunicativa. Tenía intención comunicativa y utilizaba la modalidad oral para interactuar con sus familiares. Se negaba a utilizar gestos o cualquier otra modalidad para auxiliar la comunicación, así como cual-

quier otro tipo de ayuda en las tareas de la casa. Uno de los comportamientos habituales de las afasias tipo Wernicke es la anosognosia, o sea, un desconocimiento de su dificultad, que en esta paciente estaba bastante acentuado.

Durante la evaluación específica del lenguaje presentó una jerga logorreica con disintaxias, la estereotipia ¡nossa senhora! (en castellano ¡madre mía!) y predominancia de parafrasis verbales. Demostraba una comprensión preservada para tareas muy simples, pero dificultad para las más complejas. La lectura estaba preservada pero la escritura era incomprensible. La paciente rechazó escribir con la mano izquierda, aunque presentaba alteraciones en cuanto a la movilidad y cinestesia en la derecha. Considerando algunos factores como la localización y extensión de la lesión, la edad y los comportamientos lingüísticos de la paciente, el pronóstico en relación a la recuperación de la expresión oral era muy reservado.

### Terapia

La terapia se centró inicialmente en los fallos de comprensión y atenuación de la anosognosia y la logorrea. El objetivo principal era limitar la producción verbal y conseguir conciencia de los trastornos. En la primera etapa se emplearon actividades para la reactivación de la comprensión como identificar palabras, identificar pequeñas oraciones con un significado simple y relevante, contestar a preguntas coherentes y absurdas con sí/no, etc. Actividades de repetición con distintos grados de complejidad y lectura oral fueron empleadas con el objetivo de estimular la comprensión. Al mismo tiempo se buscaba limitar la producción verbal centrándose la atención de la paciente en el material que el reeducador/interlocutor presentaba. El contenido del material verbal trabajado se refería a actividades de la vida diaria de la paciente (su casa, la escuela de su hija, los familiares, sus entretenimientos) y, después de algún tiempo, a su actividad profesional. Al cabo de 9 meses de tratamiento, el cuadro lingüístico evolucionaba mostrando logros importantes en la

superación de las dificultades antes mencionadas, pero su comunicación cotidiana seguía siendo poco efectiva. En este punto, la paciente tenía la conciencia de su trastorno y reaccionaba desfavorablemente a sus errores. Persistía la agrafía y algunos disturbios apráxicos. La logorrea había disminuido, pero la anomia se había acentuado. Por ese motivo se empezó a utilizar una estrategia de comunicación aumentativa y alternativa.

De acuerdo con las necesidades de la paciente, se utilizó un cuaderno de comunicación con palabras escritas, fotos y símbolos pictográficos (se utilizó el SPC adaptado al portugués —v. cap. 2—) para representar las palabras abstractas. Éste contenía datos personales y familiares como dirección, teléfonos, fechas importantes, informaciones de interés de la paciente, sustantivos concretos (lista del supermercado, prendas de vestir, sitios, etc.), oraciones interrogativas y exclamativas y verbos. Se intentó utilizar la escritura de los grafemas iniciales de la palabra que intentaba decir, pero no resultó efectivo porque le acarrea demasiado esfuerzo. La utilización del cuaderno fue entrenada al principio en situaciones altamente estructuradas, con la elaboración de actividades que requerían preguntas y respuestas concretas. Otras veces la paciente tenía que describir una situación o acontecimiento. Se utilizaba también la dramatización (*role playing*) de situaciones en que la paciente tendría que utilizar el cuaderno. Al principio, en estas actividades estructuradas se evitaba la modalidad oral, pues se juzgaba que esto confundía a la paciente, pero así que dominó la utilización del cuaderno no solamente se le aceptó el uso del habla sino que además se estimuló de forma expresa. En la medida

que el entrenamiento avanzaba, se pasó a estructurar situaciones en que había un cambio de interlocutores, con el objetivo de generalizar las habilidades adquiridas. La paciente interactuaba con familiares presentes en la terapia (la madre, la hija, la hermana) con otros profesionales de la institución y, finalmente, con un desconocido (p. ej., el conductor del autobús).

Carolina era una persona muy rebelde y algunas actividades planeadas para desarrollar estrategias de conversación, como turnarse o pedir al interlocutor que esperara hasta que el mensaje estuviera elaborado, no tuvieron éxito. Sin embargo, a la larga fue aprendiendo estas habilidades de una manera espontánea, a base de sacar sus propias conclusiones de las experiencias de comunicación a las que se le iba dando acceso. Al cabo de dos años de terapia, la paciente utilizaba la modalidad oral y el cuaderno de comunicación simultáneamente. El cuaderno actuaba a veces como un apoyo, en el que buscaba las formas de expresión que necesitaba, y a veces como compensación para su déficit verbal. El tratamiento se interrumpió con motivo de una mudanza a otra ciudad, pero siguió en contacto con la institución de forma que pudo constatar la posterior evolución de sus habilidades comunicativas. Hoy presenta una anomia leve en la expresión oral y sigue con la rehabilitación de los trastornos de la escritura. En su caso, las estrategias de la CAA habían actuado simultáneamente como facilitadoras de la readquisición y organizadoras del lenguaje oral, y habían posibilitado una recuperación casi completa de las habilidades lingüísticas, capaces de promover su reinserción en el entorno social y profesional.

#### Referencias:

[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/19162/6/Sistemas\\_de\\_signos\\_y\\_ayudas\\_p249-254\\_DEF.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/19162/6/Sistemas_de_signos_y_ayudas_p249-254_DEF.pdf)