

Rehabilitación cognitiva y del lenguaje en adultos

J.-M. Mazaux, M.-F. Delair

La rehabilitación cognitiva y del lenguaje se dirige a pacientes que presentan una afasia, una hemiagnosia, trastornos de la memoria, de la atención o de las funciones ejecutivas después de accidentes cerebrovasculares o de traumatismos craneoencefálicos, en las afecciones neurodegenerativas, algunas encefalitis y tumores operados. Las técnicas centradas en las deficiencias se dirigen a mejorar los propios trastornos. Los enfoques funcionales, centrados en las limitaciones de la actividad, se dirigen a desarrollar estrategias de adaptación y suplencias con vistas a la autonomía de la vida diaria y social. La rehabilitación puede realizarse en una institución o en un hospital de día, donde tiene la ventaja de ser pluridisciplinaria, o en la consulta privada de un logopeda. No existe un programa tipo; hay que dar prioridad a las acciones con utilidad directa para la vida diaria. La prescripción y el proyecto terapéutico se establecen en función de las necesidades del paciente, de la consciencia que él tiene de sus problemas y de su evolución psicológica que condicionan su participación activa, así como de las reacciones de sus allegados. La evaluación objetiva de los resultados funcionales respecto a la situación inicial determina la continuación o no del tratamiento.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Rehabilitación cognitiva; Logopedia; Afasia; Hemiagnosia; Memoria; Funciones ejecutivas

Plan

■ Introducción	1
■ Pacientes a quienes se dirige esta rehabilitación	1
■ Estudios y técnicas de rehabilitación	2
■ Enfoques centrados en las deficiencias	2
Afasia	2
Hemiagnosia	3
Apraxia, agnosia	3
Trastornos de memoria	3
Trastornos de atención y de las funciones ejecutivas	3
Rehabilitación y demencia	3
■ Enfoques centrados en las limitaciones de actividades	4
■ Prescripción en la práctica	4
■ Conclusión	4

■ Introducción

Los trastornos cognitivos y del lenguaje son una causa principal de discapacidad y de sentimientos de aislamiento, de incompreensión, de desvalorización y de incapacidad para actuar sobre el mundo exterior que aparecen en las personas con lesiones cerebrales. Provocan modificaciones de la conducta incómodas para los allegados y, a veces, peligrosas para el paciente, así como dificultades de inserción social.

La rehabilitación que se propone para estos trastornos ha evolucionado siguiendo el avance de los conocimientos y la comprensión del funcionamiento de los sistemas cognitivos. Se dirige a reducir los trastornos, a desarrollar la autonomía y a favorecer la adaptación de la discapacidad social^[1]. Este artículo se limitará a sus aplicaciones en adultos.

■ Pacientes a quienes se dirige esta rehabilitación

Las indicaciones dependen del tipo y de la localización de la lesión cerebral.

En los casos de lesión focal, los accidentes cerebrovasculares (ACV) son la principal etiología, pero la rehabilitación también se puede proponer en otros casos: tumor operado (meningioma, metástasis única), encefalitis, traumatismo craneoencefálico con lesión focal (lesión craneoencefálica, contusión, hematoma)^[2]. Las afectaciones del hemisferio izquierdo provocan sobre todo trastornos del lenguaje de tipo afásico, las lesiones derechas son sobre todo responsables de hemiagnosia espacial y/o corporal, y las lesiones frontales (meningiomas, rupturas de aneurismas de la arteria cerebral anterior o de la comunicante anterior, traumatismos craneoencefálicos) originan síndromes disecutivos.

En los casos de lesiones cerebrales difusas, predominan los trastornos de la atención, de la memoria y de las funciones ejecutivas. Se trata sobre todo de traumatismos craneales con lesiones axonales difusas, de enfermedades metabólicas, anóxicas o neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson, la esclerosis

múltiple, o de consecuencias tardías de la epilepsia o de hidrocefalias infantiles. Por último, se admite que la rehabilitación cognitiva no influye en una demencia constituida, mientras que existen algunas posibilidades en las formas leves y/o debutantes.

■ Estudios y técnicas de rehabilitación

El proyecto terapéutico y la elección de las técnicas se establecen a partir de los resultados de un estudio detallado de las funciones cognitivas, que deben preciar los dominios alterados, pero también las funciones conservadas, en las que habrá que apoyarse. Se utilizan tests estandarizados, como la Boston Diagnostic Aphasia Examination, la Escala de memoria de Weschler (WSM-III), escala de comunicación verbal de Burdeos, Figura compleja de Rey, test de Grober y Buschke, evaluaciones ecológicas de las funciones ejecutivas, etcétera. Este estudio puede requerir algo de tiempo, pero es terapéutico en sí mismo; no es una pérdida de tiempo que vaya a retrasar la rehabilitación.



Se pueden distinguir tres tipos de enfoques en referencia a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Salud y de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las rehabilitaciones centradas en las deficiencias se dirigen a mejorar directamente la función alterada, cuando el trastorno es lo suficientemente puro y aislado, pero aún con buenas capacidades de recuperación poslesional. Los enfoques funcionales, o ecológicos, se centran en las limitaciones de actividad y se dirigen a mejorar la autonomía de la vida diaria, doméstica y social mediante el desarrollo de conductas útiles para la cotidianidad, suplencias o medios de compensación. Los enfoques globales, u holísticos, integran y completan los previos; insisten en la globalidad biopsicosocial de la persona, su evolución psicológica y las restricciones de participación que sufre^[3]. Por último, las técnicas de rehabilitación con «realidad virtual» que se están desarrollando en la actualidad son una vía de futuro muy alentadora.

■ Enfoques centrados en las deficiencias

Afasia



La afasia es una afección muy frecuente, que se produce en alrededor de un tercio de los pacientes con ACV.

La logopedia es el elemento esencial del tratamiento. Se distinguen los enfoques cognitivos y los pragmáticos^[4].



En los enfoques cognitivos, la construcción del proyecto terapéutico requiere la identificación de los niveles de tratamiento neurolingüístico alterados y la formulación de una hipótesis sobre el mecanismo del trastorno, en referencia a los modelos del lenguaje de las personas sanas.

A continuación, se escogen las tareas de rehabilitación específicas del nivel o niveles de representación alterados. Por ejemplo, en los trastornos de nivel semántico, se proponen tareas de clasificación o definiciones de palabras, mientras que en los trastornos del nivel léxico (anomia), se emplean ejercicios de denominación de imágenes o mediante el uso. Si existen trastornos fonológicos, se utilizan tareas de designación de imágenes, de rimas, de segmentación e identificación del número de sílabas, de repetición y de lectura en voz alta. En los trastornos de nivel fonético (trastornos de articulación), se propone un trabajo bucofacial analítico, mediante sonido, o la «terapia melódica y rítmica», que consiste en acompañar la emisión de frases con un perfil melódico simple que se retira progresivamente (Fig. 1). La automatización de las adquisiciones se realiza mediante la conversación, los diálogos y el relato. La rehabilitación de la lectura consiste en un análisis de la afectación respectiva de la vía directa y de la vía indirecta de lectura y en la propuesta de ejercicios destinados a restaurar una de estas vías apoyándose en la otra.

Como complemento de este enfoque cognitivo, los enfoques pragmático y psicosocial presentan un gran desarrollo. El objetivo



Figura 1. Rehabilitación de la afasia. Terapia melódica y rítmica.



Figura 2. Rehabilitación de la afasia. Técnica PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness).

consiste en ayudar a la persona con afasia a comunicarse mejor con sus semejantes y a recuperar su lugar en la familia y en la sociedad. El método PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness) de Davis y Wilcox consiste en lograr que el paciente se comunique por todos los medios: palabra, dibujo, gestos, onomatopeyas, etcétera, para intercambiar con el terapeuta informaciones sobre fotografías ocultas a la mirada de éste (Fig. 2). La alternancia de los papeles permite al paciente ir pasando de emisor a receptor de información. Dependiendo del contexto y del estadio evolutivo, los logopedas utilizan también técnicas de juego de rol (comerciante y cliente), de simulaciones de situaciones concretas, de trabajo de grupo o de conversaciones con varias personas. La educación terapéutica de los allegados completa estas técnicas pragmáticas. Cuando el trastorno es masivo, se dispone de clasificadores de comunicación en CD, personalizados en función de las necesidades y constituidos por fotografías propias de cada paciente^[5].



El médico que trata al paciente también encuentra una ayuda inestimable en los talleres organizados por los grupos de autoayuda para pacientes con afasia.

Diversos estudios sugieren que el piracetam, la bromocriptina, la amantadina y el donepezilo podrían favorecer la recuperación cerebral de la afasia, de forma sinérgica con la rehabilitación logopédica, pero esto requiere confirmaciones posteriores. La estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS) precoz también podría tener un efecto favorable sobre la recuperación.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465339>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465339>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)