

CASO CLÍNICO

REHABILITACIÓN DE LA AFASIA. UTILIZACIÓN DE LA ENTONACIÓN MELÓDICA PARA LA CONFECCIÓN DE UN TABLERO DE COMUNICACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD

Autora: Lic. Fga. Mariel Alejandra Naumazev

Fonoaudióloga del Departamento de Fonoaudiología, Unidad Foniatría, del Htal. de Rehabilitación "Manuel Rocca", CABA. Docente Adjunta de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología, Universidad del Museo Social Argentino (UMSA).



marielnaumazev@hotmail.com

RESUMEN

En este trabajo se presenta un caso clínico de rehabilitación de la afasia mediante la combinación de estrategias de rehabilitación y habilitación. Para ello, se recurrió en primera instancia a la utilización de elementos de la Terapia de Entonación Melódica (TEM). La aplicación de este método de intervención no habilitó a la paciente para el uso proposicional del lenguaje, sin embargo le facilitó la repetición de frases como primeras expresiones verbales, las cuales fueron utilizadas posteriormente para la confección de un Sistema de Comunicación Aumentativa-Alternativa (SCAA) de alta complejidad con su propia voz como output, potenciando sus capacidades comunicativas.

Palabras clave: afasia, Terapia Entonación Melódica, Comunicación Aumentativa-Alternativa.

REHABILITATION OF AFASIA. USE OF THE MELODIC INTONATION FOR THE CREATION OF A COMMUNICATION BOARD OF HIGH COMPLEXITY

ABSTRACT

This paper presents a clinical case of aphasia rehabilitation through the combination of rehabilitation and habilitation strategies. First of all, we use elements of Melodic Intonation Therapy (TIM). The

application of this intervention method did not enable the patient for the propositional use of language, however it facilitated the repetition of phrases as first verbal expressions, which were later used for the preparation of a highly complex Augmentative-Alternative Communication System (AACs), using its own voice as an output and increasing its communication capabilities.

Keywords: *aphasia, Melodic Intonation Therapy, Augmentative-Alternative Communication System.*

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del lenguaje producidos por una lesión cerebral causan un grave impacto en la persona afectada y en su familia, limitan su capacidad funcional y alteran el rol que juega en la sociedad y en el contexto social inmediato.¹ Para la rehabilitación de la afasia se conocen muchos métodos y marcos teóricos que tienen por objetivo último mejorar la calidad de vida de la persona afásica alcanzando la comunicación más efectiva, económica y funcional posible, que lleven a lograr la integración del sujeto a su entorno y evitar el aislamiento social.

No existe una receta aplicable a todos los casos ni un sistema de comunicación único válido para el tratamiento de la afasia. Labos afirma que los mayores beneficios de la terapia dependerán en gran parte de nuestra capacidad para generar estrategias adecuadas a cada caso.² Siguiendo a Brasil, podemos señalar que estas deberán considerar como puntos clave la comunicación multimodal, el entrenamiento de los interlocutores, la provisión de oportunidades y el fomento de la participación del sujeto en actividades significativas.³

Existe un amplio consenso sobre el hecho de que las personas con afasias se benefician de las estrategias de *rehabilitación*, basadas en procedimientos de duración limitada y centrados en el sujeto con el fin de recuperar las funciones perdidas, en este caso su capacidad de comprensión y expresión del lenguaje oral. Sin embargo, un número significativo de casos pueden requerir un enfoque *habilitador*, que consiste en establecer los medios para compensar las funciones limitadas, por ejemplo los Sistemas de Comunicación Aumentativa Alternativa (SCAA), que utilizan técnicas y símbolos para aumentar o sustituir el habla natural o la escritura.³⁻⁴

En el caso clínico que se presenta a continuación se muestra el proceso de confección de un SCAA para una paciente con afasia mixta a predominio expresivo mediante la implementación de elementos tomados de la Terapia de Entonación Melódica (TEM). Desarrollada por Albert, Sparks y Helm, la TEM parte de la hipótesis de que las funciones asociadas a un hemisferio derecho intacto pueden ser explotadas en la rehabilitación del lenguaje en sujetos con lesiones en el hemisferio izquierdo, y que la dominancia del hemisferio derecho para los aspectos del habla facilitaría la recuperación de capacidades verbales residuales del izquierdo.⁵⁻⁶ La TEM consta de un programa estructurado jerárquicamente en tres niveles de complejidad: palabras, sintagmas de alta probabilidad y oraciones largas y complejas fonológicamente. Este método entrena a los pacientes afásicos a llevar el ritmo de las frases orales a medida que estas son entonadas por el terapeuta.

Posteriormente el paciente intenta producir la frase manteniendo el ritmo y la entonación. A medida que la terapia progresa, el terapeuta va eliminando la estimulación y el paciente puede eventualmente mantener la entonación suspendiendo el ritmo.⁷

CASO CLÍNICO

La paciente MM, de 60 años, ingresó a un centro de rehabilitación del partido de Hurlingham, Provincia de Buenos Aires, al mes de sufrir un ACV isquémico en el territorio silviano izquierdo de origen tromboembólico con imágenes de hipodensidad extensa temporoparietooccipital que le provocó una hemiplejía facio-braquio-crural derecha, disfagia y un cuadro afásico importante. MM había sido enfermera y también cantante popular de música folclórica, datos que recabamos de una detallada anamnesis en la entrevista inicial con su hijo.

En lo que respecta al lenguaje, la paciente fue evaluada con el test de Boston⁸, arribando a un diagnóstico inicial de afasia global, sumado a la imposibilidad de imitar praxias orolingüofaciales.

Asimismo, se observaron alteraciones atencionales y de rastreo visual. Durante el período de recuperación espontánea, se registró una evolución favorable en el plano de la comprensión auditiva, progresando el cuadro a una afasia mixta a predominio expresivo. En todas las tareas verbales su producción estaba limitada a una estereotipia, incluso en las de repetición de palabras y no-palabras. La comunicación resultaba aún más compleja debido a que no lograba apoyarse en los gestos para transmitir significados.

En un primer momento se trabajó para restablecer el código lecto-escrito como recurso de comunicación, pero no hubo resultados favorables: sólo podía responder preguntas cerradas del tipo si/no, de forma inconsistente, mediante el señalamiento de carteles insertos en su mesa escotada. A su vez, se estimuló la producción oral a través de las series automáticas, las cuales lograba únicamente mediante facilitaciones iniciales. A medida que avanzábamos en la terapia, MM manifestaba una gran angustia por no poder expresarse verbalmente.

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN MEDIANTE ELEMENTOS DE LA TEM

Teniendo en cuenta que la comprensión auditivo-verbal de MM se encontraba moderadamente conservada, se tomaron los fundamentos y lineamientos generales de la Terapia de Entonación Melódica, incorporando la música como un elemento facilitador de la expresión verbal.

A modo preparatorio, se seleccionaron canciones del repertorio frecuente de MM, de las cuales logró cantar estrofas enteras con acompañamiento en guitarra. Esto generó la motivación necesaria de la paciente para lograr la adherencia al tratamiento y en particular a este método.

En el nivel 1 del programa de TEM se trabajó con frases de contenido básico y necesidades de la vida diaria y con los nombres de sus familiares apoyados visualmente por fotografías, marcando el ritmo de las mismas con golpeteo en el escritorio. Se incorporaron variaciones de esta técnica utilizando

también instrumentos de percusión y *tapping* de dedos sobre las partes del cuerpo de la paciente. En el segundo nivel, que implica la introducción de pausas entre el estímulo y la respuesta, la paciente no logró producciones diferidas que permitan avanzar en la aplicación de este programa. Por lo tanto se decidió realizar adaptaciones del mismo para lograr que MM consiguiese repetir oraciones extensas prescindiendo del acompañamiento melódico como se plantea en el tercer nivel: se utilizó el apoyo de la lectura labial a fin de facilitar el inicio de la producción verbal y se omitieron los pasos que requerían de una respuesta diferida. Finalmente se logró la repetición inmediata de frases extensas con prosodia normal del habla.

ESTRATEGIA DE HABILITACIÓN MEDIANTE SCAA DE BAJA COMPLEJIDAD

Si bien eran notorios los logros obtenidos mediante la TEM en las habilidades de repetición, la comunicación cotidiana de MM seguía siendo inefectiva, no consiguiendo iniciar la expresión verbal de manera espontánea y proposicional. Por esta razón, se comenzó a utilizar paralelamente una estrategia de CAA.

Se confeccionó un tablero de comunicación de baja complejidad con imágenes reales y pictogramas, con *displays* de actividades, comidas y bebidas, una lista de compras frecuentes, estados de ánimo, dolores y necesidades básicas. Debido a sus dificultades de rastreo visual y atención, MM accedía al tablero mediante un *scanning* visual simple de seguimiento por señalamiento. Asimismo, se instruyó en el uso del comunicador a los familiares más cercanos de la paciente para que pudieran utilizarlo durante las visitas.

COMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN: SCAA DE ALTA COMPLEJIDAD CON *OUTPUT* DE VOZ

La posibilidad de la repetición de frases obtenida por MM, permitió la confección de un comunicador de alta complejidad con *output* de voz utilizando mensajes grabados por ella misma.

Como sostienen Puig-Pallarols y Almirall, a la hora de elaborar un tablero de alta complejidad se debe considerar cuál es el grado de familiaridad del afectado con el uso de aparatos electrónicos en general y la dificultad que implica comprender la lógica de funcionamiento y de navegación de un nuevo sistema de comunicación.⁴ Dado que MM presentaba ambos obstáculos, el proceso de entrenamiento fue intensivo y se prolongó durante aproximadamente seis meses. En un primer momento se utilizó un *switch* de efecto directo acústico-verbal de mensaje múltiple, en el cual la paciente grababa por medio de la repetición con lectura labial los nombres de los pictogramas del *display* de actividades. Luego, seleccionaba el deseado mediante un *scanning step by step*, reproduciendo el mensaje del pictograma de manera verbal. Con el fin de recrear un contexto ecológico, la actividad se concretaba de manera efectiva: maquillarse, tomar un café, etc.

El primer comunicador de alta complejidad se confeccionó en una Notebook utilizando el software gratuito In-TIC PC (Figura 1). Con este, se logró que la propia voz de MM grabada oficiara como un facilitador inicial para la producción verbal, que realizaba correctamente al unísono con su voz en off.

Pero, dado que el sistema implicaba un método de selección indirecta con *scanning* complejo y mediante un *mouse* como blanco, la paciente no lograba un uso funcional del tablero. Las demandas cognitivas y motoras para la correcta utilización del *mouse* superaban sus capacidades.



FIGURA 1: Tablero de comunicación confeccionado para la paciente MM. Programa In TIC PC.

A partir de esto, decidimos confeccionar un segundo comunicador en una *tablet* con pantalla táctil, de manera de posibilitar un método de selección directa. El primer paso fue entrenar a la paciente durante aproximadamente un mes en el uso del dispositivo, a través de actividades lúdicas que requerían rastreo visual, habilidades viso-espaciales, selección de un blanco mediante tacto suave y movimientos de deslizamiento táctil en la pantalla. Una vez incorporadas estas habilidades se confeccionó un tablero de alta complejidad con el software JABtalk (Figura 2).



FIGURA 2: Facilitación de la producción verbal de la paciente MM a través del output de voz.

Tras unos cuatro meses de entrenamiento, MM logró utilizar el comunicador de forma independiente, logrando producir las frases a través del apoyo auditivo de su propia voz y manteniendo su iniciativa comunicativa. Finalmente, pudo incorporarlo a sus actividades cotidianas y generalizar su uso también para otras actividades, como salidas recreativas de la institución o con su familia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El caso clínico descrito permite observar cómo el abordaje de *rehabilitación* llevado adelante mediante la aplicación de elementos tomados de la Terapia de Entonación Melódica coadyuvó con una estrategia de *habilitación* como es el uso de un Sistema de Comunicación Aumentativa-Alternativa. De este modo, como sostienen Puig-Pallarols y Almirall, se puede afirmar que la rehabilitación y la habilitación deben complementarse y no autoexcluirse.⁴ En este caso, el SCAA actuó como una herramienta que potenció las capacidades comunicativas de la paciente, incentivando al mismo tiempo la expresión verbal mediante la repetición.

A su vez, se corrobora el planteo de Labos en cuanto a la necesidad de generar estrategias de tratamiento que se adecúen a la situación específica de cada caso.² En este aspecto, es importante considerar la inclusión de adaptaciones a los programas existentes en función de las características y posibilidades de cada paciente.

La autora señala también la relevancia clínica del vínculo terapeuta-paciente como una variable activa en el curso terapéutico.² La escucha empática hacia MM y su familia, y la confección de una anamnesis detallada, generaron los lazos que se establecieron como verdaderos cimientos para el diseño de los objetivos, la motivación, la calidad y la continuidad del abordaje. A su vez, la recreación de contextos lo más ecológicos posibles dentro de la terapia permitió hacer verosímil la función comunicativa a través del tablero, lo que hizo necesario un entrenamiento con los distintos agentes de salud de la institución y los familiares de MM.

Por último, cabe destacar que el uso de herramientas tecnológicas en personas adultas mayores constituye una alternativa viable, que, mediante un proceso de entrenamiento previo, puede contribuir a una mayor independencia y autovalimiento, dotando al paciente de seguridad y confianza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bruna L, Roig T., Puyuelo M., Junqué C., Ruano A. Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica. España: Elsevier Masson, 2011, pág. 61-81.
2. Labos, E. Rehabilitación del lenguaje. En E. Labos, F. Manes, A. Slachevsky y P. Fuentes, Tratado de neuropsicología clínica. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial, 2019, pág. 977 a 989.
3. Brasil, C., Soro, E. y Rosell, C. Sistema de signos y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura. Barcelona: Masson, 1998.
4. Puig-Pallarols, M. C. y Almirall, C. B. Comunicación aumentativa y alternativa para personas con afasia. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 33, 2013, pág. 126-135.
5. Helm-Estabrooks, N. y Albert, M. L. Manual de la Afasia y de Terapia de la Afasia. Madrid: Médica Panamericana, 2005, pág. 253-269.
6. Pfeinffer, C. y Zamani, C. Explorando el cerebro musical. Musicoterapia, música y neurociencias. Buenos Aires: Kier, 2017, págs. 109-125.
7. Ardila, A. Las afasias. México: Universidad de Guadalajara, 2005, pág. 289-290.
8. Goodglass, H. y Kaplan, E. Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996.