

"NUESTRA EXPERIENCIA EN UN CASO DE AFASIA, CON ANOMIA GLOBAL".

Almudena Albacete Perea.
M^a Dolores Alonso Riaño

Antes de empezar a describir nuestra experiencia en un caso de anomia, daremos unas nociones elementales sobre éste déficit o alteración.

Definimos *anomia* como la dificultad que tiene la persona para encontrar palabras durante la producción oral, tanto en el discurso espontáneo como en tareas específicas de denominación (Peña Casanova 1995)

Es el síntoma más frecuente en la afasia, en la demencia y en otros trastornos degenerativos. Por su variabilidad y los distintos niveles que presentan estas personas al nombrar, se pueden agrupar en distintas categorías. Para poder determinar el tipo de anomia es necesario un conocimiento del procesamiento lingüístico, éste se produce en tres niveles: *Nivel semántico* (significado de las palabras), *Nivel léxico* (vocabulario) y *Nivel Fonológico* (selección de fonemas en la construcción de las palabras). Lo que nos permiten situar al paciente en uno u otro nivel, y nos ayuda a clasificar el tipo de anomia.

La anomia la podemos clasificar en:

- *Anomia Semántica:* Se caracteriza por una dificultad para activar las representaciones conceptuales (significado), tanto en la producción como en la comprensión del lenguaje. El sujeto va a tener dificultad para seguir conversaciones y comprender situaciones de la vida diaria.
- *Anomia Pura:* Se caracteriza por no recordar las palabras que intentan denominar aún comprendiéndolas. Es un fenómeno similar a tener una palabra "en la punta de la lengua".
- *Anomia Fonológica:* Se produce en el nivel de la selección de los fonemas en la producción oral y en la organización de las secuencias de las palabras. Al darse en el habla espontánea lleva al sujeto al uso de neologismos o jergas. Presenta mayor dificultad en las tareas de repetición y de lectura en voz alta.

Teniendo en cuenta, lo anteriormente expuesto, evaluamos a nuestro paciente y

diseñamos un programa de rehabilitación adaptando las tareas necesarias al sujeto, y a su entorno. Con todos estos factores, la rehabilitación fue un proceso más abierto, complejo e integral.

El caso que os vamos a presentar es el de un hombre de 52 años, con estudios medios, funcionario, casado con tres hijos, gran comunicador, líder entre sus amigos, y siendo el fútbol su hobby preferido, tras un ictus cerebral presenta una lesión temporo-parietal izquierda (alterada tanto la comprensión como la expresión).

Se inicia el tratamiento con un vocabulario básico a nivel de repetición y de denominación de imágenes, apoyándonos en todo momento con la palabra escrita. Acompañamos estos ejercicios con otros variados en los que sabíamos de antemano que el resultado iba a ser positivo. Pedimos la colaboración de la familia, en las distintas actividades, una de ellas fue la de realizar fotos a las distintas dependencias de su casa y la de colocar carteles con el nombre de las mismas. Tras dos meses de tratamiento, nos dimos cuenta que algo en él no estaba funcionando bien, pues los resultados no eran todo lo bueno que nosotras esperábamos.

Volvimos a hablar con la familia y llegamos al acuerdo de

cambiar de estrategia y optamos por aquello que a él le motivaba. El cambio fue significativo y su actitud ante la rehabilitación cambió radicalmente al centrarnos en su afición favorita ("el fútbol").

Para ello, volvimos a realizar el vocabulario básico, asociación de imágenes, palabras, estructuración de frases..., pero todo relacionado con el fútbol y sobre todo con el Real Madrid. Siempre acompañado de pictogramas y dibujos.

FÚTBOL




Campo de fútbol

	Portería
	Cronómetro
	Jugador
	Pito

- Mi equipo favorito es el Real Madrid.
- El árbitro pitó una falta.
- Ese balón no es de reglamento.
- La pelota entró en la portería.

Se reforzó de esta manera su autoestima y empezó a colaborar y obtener resultados, emocionalmente, sus comportamientos fueron más participativos, empezó a acompañar a su hijo al fútbol, donde el gritaba "gooooool" y tarareaba el himno del Madrid, incluso quedaba con los amigos para ver los partidos.

En los meses siguientes, esto se extendió a otros gustos, apetencias y necesidades como: ir a visitar a otros familiares, ir solo a la cafetería, ir a exposiciones... para todo ello se le hizo un librito de bolsillo con las láminas plastificadas, que le sirvieran de estrategias para afrontar situaciones de la vida cotidiana:


¡ BUENOS DÍAS! 

POR FAVOR, QUIERO UN CAFÉ





  **1** 

CON LECHE Y UNA TOSTADA



 **1** .a 

¡ BUENOS DÍAS! 


POR FAVOR, QUIERO UNA CERVEZA, COCA-COLA

  **1**  

UNA ENSALADILLA, ACEITUNAS, PATATAS FRITAS,

1   

Y UNOS APERITIVOS.

1 1 1 

Con todo ello, llegó a tener tal grado de autonomía que además de venir solo a las sesiones de rehabilitación en más de una ocasión "faltaba" a las mismas porque se quedaba en el bar.

Conclusiones:

La relación positiva entre el logopeda y el paciente es la base fundamental, para desarrollar las actividades de rehabilitación de su déficit, porque el principal objetivo es que la persona afásica utilice de una forma eficiente todas sus capacidades comunicativas posibles, los sistemas alternativos y las ayudas técnicas que se consideren oportunas, para que la persona se sienta integrada en su entorno. La colaboración de los familiares desde el principio y su grado de participación en todas las tareas propuestas, harán más fácil pasar de la acción a la interacción lingüística, estableciendo una conexión entre sus actividades diarias y la rehabilitación.

Más tarde se le proponen actividades nuevas, para aumentar su grado de autonomía.

Por último, se pueden plantear actividades formativas, en las que al paciente, le surgirán necesidades de un nuevo vocabulario. Ejemplo: clases de manualidades, clubs de tercera edad...