

ARTICULO

**PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
FONOAUDIOLÓGICA
PARA PACIENTES AFÁSICOS**

Rafael González V.
Archibaldo Donoso S.*

RESUMEN

El propósito de este trabajo es presentar un programa de rehabilitación para pacientes afásicos basado en nuestra experiencia. Este programa implica los siguientes componentes: la evaluación, los objetivos y el tratamiento. La evaluación proporciona la información necesaria para la planificación del tratamiento. El objetivo fundamental de este programa es lograr que el paciente pueda satisfacer sus necesidades comunicativas de la vida diaria. El tratamiento comprende la intervención, los procedimientos y el programa terapéutico. Se muestra un ejemplo de programa terapéutico. Finalmente, se comenta el programa de rehabilitación y el aporte al quehacer fonoaudiológico.

**Rafael González V., Fonoaudiólogo
Archibaldo Donoso S., Neurólogo**

* Departamento de Neurología-Neurocirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile.
Santos Dumont 999, Santiago, Chile.
Fono: (56-2) 7773882 - Fax: (56-2) 7378546
ragonzal@ns.hospital.uchile.cl

SUMMARY

The purpose of this paper is to present a rehabilitation program for aphasic patients that we have created based on our own experience. This program involves the following components: evaluation, objectives and treatment. The evaluation stage provides the necessary information for planning the treatment. The fundamental objective of our program is that the patient satisfy his communicative necessities in daily life. The treatment includes intervention, procedures and the therapeutic program. An example of the therapeutic program will be presented in this paper. Finally, we will comment on the rehabilitation program and the contribution of the speech pathologists.

INTRODUCCION

La afasia es un trastorno adquirido del lenguaje a consecuencia de un daño cerebral. La persona con este trastorno no puede satisfacer sus necesidades comunicativas cotidianas en el medio familiar, social y/o laboral. Esto compromete en forma significativa la calidad de vida del paciente afásico, perdiendo la independencia. La rehabilitación fonoaudiológica es el medio por el cual los sujetos afásicos pueden restablecer su comunicación funcional y lograr así una mejor calidad de vida.

Este trabajo tiene por propósito presentar un programa de rehabilitación para pacientes afásicos basado en nuestra experiencia de más de 15 años y apoyado en la literatura.

Este programa consta de la

evaluación y el tratamiento. Este último comprende la intervención, los procedimientos y el programa terapéutico.

Los objetivos generales del programa son que el paciente logre satisfacer sus necesidades comunicativas cotidianas y un ajuste psicosocial en relación al daño neurológico que presenta.

EVALUACION

La evaluación comienza con la obtención de información proporcionados por médicos, psicólogos u otros profesionales (Donoso, Santander, Pávez, Schwalm, Mimo, Muñoz y Cols., 1982). Posteriormente, se procede a la evaluación formal e informal del paciente. La primera hace uso de pruebas estandarizadas tales

como el Test de Boston (Goodglass y Kaplan, 1996), el Índice de Habilidad Comunicativa de Porch, PICA (Porch, 1981) o el Protocolo de Lenguaje para Pacientes Afásicos (González, 1999). Estas pruebas pueden estar destinadas a valorar el lenguaje oral o escrito o la habilidad comunicativa, pero siempre dentro de un marco limitado a la metodología de aplicación de la prueba en cuestión. La evaluación informal o clínica permite obtener información sobre la capacidad comunicativa en una situación más natural, pero también implica el uso de protocolos con el fin de obtener información relevante para la planificación terapéutica. Por ejemplo, determinar la efectividad del uso de ayudas en la presentación de los estímulos o en las respuestas (Helm-Estabrooks y Albert, 1991).

La evaluación formal e informal tiene como objetivo precisar los déficits y las habilidades conservadas, con respecto al lenguaje, el habla y otras funciones neuropsicológicas. También es importante conocer las estrategias compensatorias y su eficiencia; saber si el rendimiento del paciente cambia en diferentes contextos; qué ayudas mejoran la comunicación; y si existen o no malos hábitos comunicativos que aumenten sus dificultades.

Otro aspecto importante es la evaluación de las necesidades comunicativas; las cuales, se

deben jerarquizar en importancia (Beukelman, Yorkston y Dowden, 1985). Finalmente, deben evaluarse los interactuantes: si le dan tiempo para responder, si lo miran a la cara, si usan gestos al hablar con el paciente, etc. (Garrett y Beukelman, 1992).

OBJETIVOS

El programa de rehabilitación fonoaudiológica del paciente afásico tiene los siguientes objetivos generales:

- a) Que el paciente logre satisfacer sus necesidades comunicativas cotidianas en el medio familiar, social y/o laboral en relación a las secuelas del daño neurológico. Para los pacientes con afasia severa el objetivo será satisfacer las necesidades comunicativas sólo en el medio familiar y en algunos casos el social; en cambio en los sujetos con afasia leve el propósito será que logre comunicarse incluso en el medio laboral o escolar. Por otro lado, es importante recordar que el tratamiento está dirigido a lograr que el paciente satisfaga sus necesidades comunicativas, y no que vuelva a hablar como lo hacía antes de enfermar (Brookshire, 1997; Davis, 1993; Donoso, 1999). El otro aspecto implícito en este objetivo es que el paciente se comunique haciendo uso de todos los medios disponi-

bles, verbales y no-verbales (Garrett y Beukelman, 1992).

- b) Que el paciente y la familia logren una adaptación psicosocial en relación a la deficiencia comunicativa. El proceso terapéutico tiene un rol importante en la adaptación del paciente y su familia a la dificultad de comunicación; debe ayudarles a aceptar las limitaciones definitivas, que se podrán compensar dentro de ciertos límites haciendo uso de medios aumentativos y alternativos (Davis, 1993; Donoso, 1988; Lubinski, 1994).

TRATAMIENTO

El tratamiento de este programa de rehabilitación consta de tres componentes que son la intervención, los procedimientos y el programa terapéutico.

I. La intervención terapéutica

La intervención terapéutica implica: los enfoques, las estrategias y una serie de principios terapéuticos que deben aplicarse a todos los casos.

- a) Existen dos enfoques para abordar a un paciente afásico. El primero es el directo (o clásico) que se realiza principalmente en forma individual, pero puede complementarse con terapia grupal para facilitar la gene-

ralización de las conductas comunicativas adquiridas en las sesiones individuales (Kearns, 1994; Pachalska, 1990). Las terapias individual y grupal abordan aspectos verbales y no verbales. El segundo enfoque es la intervención indirecta, en la que el clínico no trabaja directamente con el paciente sino lo hace a través de un familiar y/o auxiliar. Se les dan sugerencias de cómo comunicarse con el paciente, que hacer para estimularlo y si es necesario realizar modificaciones ambientales. Los dos enfoques se deben aplicar a todos los sujetos afásicos; sólo en los casos en que el cuadro sea muy severo, se aplicará únicamente el abordaje indirecto (Davis, 1993; Chapey, 1994; LaPointe, 1997).

- b) Las estrategias de intervención se pueden agrupar en dos. Una es la reactivación que implica mejorar la función deficiente; por ejemplo, en una anomia se pueden utilizar técnicas de facilitación como dar el primer sonido de la palabra, si esta técnica se repite varias veces y posteriormente, se va retirando, el sujeto puede mejorar su rendimiento (Brookshire, 1997; LaPointe, 1997). La otra estrategia es la compensación, que intenta mejorar la capacidad comunicativa del paciente haciendo uso de habilidades conservadas principalmente no-verbales. Esta estrategia

- también se denomina comunicación aumentativa y alternativa (CAA), y se refiere a estrategias comunicativas que sirven para sujetos cuyo lenguaje oral y escrito es insuficiente (Beukelman, Yorkston y Dowden, 1985; Garrett y Beukelman, 1992). Los medios comunicativos son el gesto, el dibujo, la entonación, la expresión facial y apoyos externos tales como cuaderno y tablero de comunicación (Garrett, Beukelman y Low - Morrow, 1989; González, Gómez y Donoso, 1996; Lyon, 1995; Smith, 1987).
- c) Los principios terapéuticos tienen el propósito de ayudar a que la intervención sea eficiente y funcional para el paciente. A continuación se presentan 8 principios que deben considerarse siempre en la aplicación de este programa.
1. - La interacción es una parte fundamental de la comunicación diaria. Los participantes intercambian el rol de emisor y receptor. En el tratamiento tradicional generalmente no se considera este principio, se coloca al paciente en un rol fijo, (por ejemplo como respondedor) perdiéndose la dinámica (Davis, 1985; Garret y Beukelman, 1992). Es importante poner énfasis en la igual participación con el propósito de crear una situación más natural y cercana a las interacciones cotidianas.
 2. - El contexto extralingüístico es todo aquello que rodea la interacción comunicativa. El tratamiento tradicional es descontextualizado y poco natural. Este principio ayuda a maximizar el rendimiento comunicativo del paciente dándole un sentido, es decir, haciéndolo más natural (Davis y Wilcox, 1985).
 3. - Los estímulos deben ser personalizados en base a los antecedentes biográficos y los intereses del paciente. Estos estímulos serán más fáciles de procesar que los neutros (Wallace y Canter, 1985).
 4. - El programa terapéutico debe basarse más en las habilidades conservadas (verbales y no verbales) que en las deficiencias (Helm-Estabrooks y Albert, 1991).
 5. - El lenguaje es sólo uno de los modos por el cual los mensajes son transmitidos en las interacciones comunicativas. Los pacientes afásicos generalmente se comunican a través de más de una modalidad (Davis, 1993). El tratamiento tradicional enfatiza sólo el uso de la modalidad verbal postergando las no verbales. Por lo tanto, es importante promover la comunicación multimodal con el fin de que los pacientes logren transmitir sus mensajes haciendo uso de otras modalidades

(Garrett y Beukelman, 1992).

6. - La exactitud comunicativa es más importante que la lingüística. Si un paciente comete errores lingüísticos, pero el clínico comprende el mensaje, se considera que el paciente se ha comunicado exitosamente (Davis y Wilcox, 1985).
7. - Es importante la generalización de las conductas comunicativas adquiridas. Cuando un paciente adquiere una en la clínica, esto no significa que vaya a usarla en forma espontánea en su medio ambiente con diferentes interlocutores. Para lograr la generalización el clínico debe planificarla, considerando las necesidades y deseos del paciente.

Hay dos formas de generalización. La primera, es la generalización de la respuesta que se refiere a la aparición de conductas no entrenadas como consecuencia del entrenamiento de otras. Por ejemplo, si a un paciente se le entrena para denominar objetos de la cocina, y luego de un tiempo además de denominar esos objetos comienza a evocar los nombres de los objetos del baño, se dice que se ha producido la generalización de la respuesta. La segunda, es la generalización del estímulo que se refiere a la transferencia de conductas entrenadas en la clínica a

otro ambiente. Por ejemplo, si se entrena al paciente en la clínica para denominar objetos de la cocina, y luego de un tiempo comienza a usar esas palabras en su casa, se dice que ha ocurrido la generalización del estímulo. (Brookshire, 1997; McReynolds y Spradlin, 1989). Además de lograr la generalización, también es importante la mantención de las conductas entrenadas a través del tiempo.

8. - La intervención no debe estar limitada al trastorno comunicativo, sino que debe abarcar el medio ambiente (la familia, las amistades, y el ambiente físico del paciente) con el fin de garantizar el éxito del tratamiento (Lubinski, 1994; Taylor, 1982).

II. Procedimientos terapéuticos

Los procedimientos terapéuticos implican: la selección de los pacientes, el contenido de la terapia y la intervención de los trastornos asociados. Además, es indispensable considerar la planificación de las sesiones y el registro del tratamiento.

- a) La selección del paciente es importante para el abordaje directo. Este debe ser capaz de atender a los estímulos presentados; de comprender las instrucciones básicas verbales y no verbales; de imi-

tar, algunos gestos simples; ser capaz de parear objetos o dibujos idénticos (Brookshire, 1997). Además es importante que la patología neurológica y médica estén estabilizadas y que el paciente tenga motivación y estabilidad emocional, ya que un estado de gran ansiedad o depresión dificultan el tratamiento (Helm-Estabrooks y Albert, 1991; Lubinski, 1994).

- b) El contenido del tratamiento debe estar basado en las necesidades comunicativas del paciente. Para seleccionar aquellas que son más importantes se debe considerar cuáles son las demandas comunicativas que tiene el paciente en su medio ambiente y los interlocutores que lo rodean. Las necesidades también ayudan a determinar los objetivos de la intervención (Garrett y Beukelman, 1992).

Las necesidades comunicativas se pueden clasificar en dos niveles: básico y superior. El primer nivel satisface necesidades en el medio familiar y social, es adecuado para pacientes más comprometidos; en cambio el segundo nivel tiene el objetivo de satisfacer necesidades más exigentes en el medio familiar, social y laboral, es apropiado para sujetos menos comprometidos. Se presentan a modo de sugerencia dos listas de necesidades para ambos niveles:

- Nivel básico: saludar, llamar la atención, dar información (personal, familiar, social, espacial, temporal y física), preguntar, responder sí/no, dar órdenes, comunicar emociones, seguir órdenes, cálculo con dinero, lectura funcional, escribir datos personales, control conversacional.
 - Nivel superior: conversar, describir, narrar, explicar, dar y seguir instrucciones, resolver problemas, usar el teléfono, comunicar emociones, comprender información escrita, cálculo funcional, y otras necesidades (comprar, ir a un restaurante, etc.).
- c) Intervención de trastornos asociados, que incluyen las deficiencias cognitivas, trastornos de habla y funciones no verbales. Dentro de las deficiencias cognitivas se puede mencionar defectos de la atención, la memoria, y de las funciones ejecutivas, por una parte, y por otra, deficiencias en el procesamiento (lentificación, fatigabilidad, y variabilidad de los rendimientos) (ASLHA, 1987). Estas deficiencias influyen en el tratamiento; por ejemplo, las alteraciones en el procesamiento influyen en la cantidad, velocidad, y ritmo con que se presentan los estímulos, la complejidad de la tarea, etc. Entre los trastornos de habla y funciones no verbales están las disartrias y la apraxia del ha-

bla; las apraxias ideomotora y constructiva; las agnosias visuales y auditivas; y deficiencias visuoespaciales. La intervención de estos trastornos se puede hacer en forma aislada o en conjunto con el tratamiento de la afasia (Brookshire, 1997).

- d) La planificación de las sesiones implica su frecuencia, duración y estructura. El número mínimo de sesiones para que el tratamiento sea eficaz es de 3 a la semana por un período de 6 meses (Rosenbek, LaPoint y Wertz, 1989).

El tiempo de cada sesión va a depender del momento evolutivo y las condiciones físicas y psicológicas del paciente. En los pacientes agudos las sesiones no deben durar más de 30 minutos; en cambio, en la etapa crónica (después de 3 meses) pueden ser de 45 minutos o más (Brookshire, 1997).

Con respecto a la estructura de la sesión se recomienda que se inicie con una actividad de complejidad moderada para sintonizar al paciente y luego continuar con otra de mayor exigencia; posteriormente pasar a una de menor dificultad y así alternar sucesivamente (Brookshire, 1997; Porch, 1994).

- e) El registro del tratamiento es fundamental para medir su eficacia. El primer paso es

establecer una línea de base, y luego ir registrando el rendimiento para determinar el momento en que el paciente logre el objetivo establecido. La valoración de la conducta comunicativa exige usar una escala multidimensional que sea sensible a los cambios del paciente (Brookshire, 1997; Davis, 1993; Porch, 1994).

III. El programa terapéutico

Los componentes que conforman un programa terapéutico son los objetivos, los criterios de rendimiento, las actividades, los estímulos y el método de interacción. Al final, se presenta un ejemplo de programa terapéutico.

- a) Los objetivos terapéuticos son determinados en relación al impedimento y su impacto sobre la vida del paciente. Pueden ser a corto plazo o a largo plazo. Los primeros coinciden con las necesidades comunicativas del paciente; para lograrlos es necesario realizar varias actividades, de diferente nivel de dificultad; cuando el paciente alcanza cierto nivel de rendimiento podrá pasar a una tarea más compleja (Davis, 1993; González, Donoso y Calad, 1990; González, Gómez y Donoso, 1996). El conjunto de objetivos a corto plazo conforma un objetivo a largo plazo, cuyas etapas deben secuenciarse de acuerdo a la

dificultad y a la evolución del paciente hasta llegar a la etapa final de la rehabilitación (Brookshire, 1997, Davis, 1993).

- b) El criterio corresponde al rendimiento que debe alcanzar el paciente para dar por finalizada una actividad y pasar a otra de mayor dificultad.
- c) La actividad o tarea es el medio que permite que el paciente practique una función que debe adquirir, no es el fin, en sí misma (Davis, 1993). Los componentes funcionales de toda tarea son el estímulo y la respuesta. Las tareas de uso habitual contienen varios estímulos, generalmente 10; la presentación de cada estímulo se denomina ensayo, y estos suelen ser repetidos (Davis, 1993).
- d) El estímulo que provoca una respuesta puede ser verbal o no-verbal. Este puede ser fácil o difícil de procesar. Por ejemplo, la lectura de palabras de alto contenido emocional es más fácil que la lectura de palabras neutras (Brookshire, 1997)
- e) Los estímulos y las respuestas pueden ser de procesados a través de diversas modalidades: auditivas, visuales, táctiles, gestuales (Chapey, 1994).
- f) El método de interacción es el que va a lograr que el pa-

ciente adquiera una determinada conducta. Al comienzo de la terapia se requiere gran cantidad de ayuda para que el paciente logre la conducta deseada; a medida que se avanza se va retirando, con el propósito de que el paciente alcance el objetivo sin apoyo (Davis, 1993). El paciente puede estar como iniciador o respondedor. En la primera, es él quien inicia la interacción, en cambio, en la segunda lo hace el clínico. La interacción en la situación de respondedor consiste en que el clínico da un estímulo y el paciente da una respuesta. Esta puede ser verbal o no verbal, si es correcta el clínico le da un refuerzo y se pasa al otro estímulo; en cambio si es incorrecta, le da una ayuda. Si ésta no es efectiva, se le ayuda más, con una secuencia jerarquizada, hasta que el paciente logre la conducta deseada. Si no logra responder correctamente, se le modela la conducta y se pasa al siguiente estímulo (Brookshire 1997).

Ejemplo de un programa terapéutico

Se presenta a modo de ejemplo un programa terapéutico para un paciente supuestamente:

- Objetivo a largo plazo: que el paciente logre comunicar necesidades de nivel básico en forma multimodal en el medio familiar y social.

- Objetivos a corto plazo: que logre responder sí/no, que logre dar información personal, que logre escribir sus datos personales, etc.
- Criterio de respuesta (para el primer objetivo a corto plazo): comunicar sí/no con un 90% de exactitud.
- Actividades (para el primer objetivo a corto plazo): responder sí/no a preguntas sobre información relevante y responder sí/no a preguntas sobre información no relevante.
- Estímulos (para la primera actividad): ¿Usted se llama ...? (correcto); ¿Usted se llama ...? (incorrecta); ¿Usted vive en la calle ...? (incorrecta); ¿Usted vive en la calle ...? (correcta); etc. El número de estímulos por actividad pueden ser 30, divididos en tres bloques de 10.
- Las modalidades de entrada (con respecto al paciente) son auditiva verbal y visuo-verbal (para las ayudas). Las de salida (sus respuestas) son gestual y verbal oral.
- El método utilizado en este caso es de tipo respondedor. El clínico le pregunta al paciente ¿Usted se llama...? Si la respuesta del paciente es adecuada se le dice «muy bien» y se pasa al siguiente estímulo. En cambio, si la respuesta del paciente es incorrecta, se

repite el estímulo. En el caso que la respuesta sea nuevamente incorrecta se repite el estímulo más un apoyo que podría ser una tarjeta con el nombre. Si falla de nuevo se modela la respuesta deseada.

- Antes de la aplicación del programa terapéutico el paciente debe cumplir con algunos requisitos. El paciente debe ser capaz de reconocer la necesidad de responder sí o no a las preguntas; reconocer que si su habla es insuficiente o inexacta, debe usar otras modalidades de salida; responder con un mínimo de 25% de exactitud (estímulos relevantes); responder dentro de 30 segundos; señalar las palabras escritas sí o no con un 25% de exactitud. Además, es importante que el programa incluya el registro y la escala que se va a utilizar para valorar los rendimientos del paciente.

COMENTARIOS

La rehabilitación fonológica del paciente afásico es compleja para el clínico, por la gran cantidad de componentes o variables que deben ser consideradas. Este programa incluye aquellas variables que son más significativas de considerar según nuestra experiencia y la literatura revisada. Estas se pre-

sentan de un modo esquemático para que el clínico logre: organización, control y eficiencia tanto en la confección como aplicación de los programas de rehabilitación para pacientes afásicos.

Cada uno de los componentes tiene importancia para lograr los rendimientos deseados. La evaluación debe estar destinada a detectar las deficiencias y las habilidades conservadas, con el propósito de poder compensar cuando no sea posible la reactivación. La evaluación informal es fundamental para analizar las estrategias compensatorias, el contexto y los apoyos más adecuados para la intervención. Para Rosenbek, LaPointe y Wertz (1989) la evaluación informal es la que proporciona la información más importante para el tratamiento.

Los objetivos generales de este programa están sustentados por una parte en las necesidades comunicativas del paciente con el propósito que tengan una mejoría en la calidad de vida y por otra en la adaptación psicosocial del paciente y su familia con el fin de que puedan aceptar las limitaciones definitivas que sólo podrán ser compensadas a través de medios aumentativos y alternativos (González, Gómez y Donoso, 1996).

La intervención terapéutica es el primer componente del tratamiento. Los enfoques, tanto el directo como el indirecto, se

deben aplicar en todos los pacientes. Por medio del enfoque directo el paciente logra habilidades comunicativas. Sin embargo, esto no basta. Se requiere de una intervención indirecta a través de la familia para favorecer que el paciente use las habilidades logradas. Por este motivo, es importante informar y entrenar a los miembros de la familia (Davis, 1993). Las dos estrategias, tanto la de reactivación como de compensación, se pueden utilizar con la mayoría de los pacientes. La estrategia de reactivación se usa en el comienzo de la intervención con el fin de mejorar las habilidades alteradas. En cambio, la estrategia de compensación se aplica en una etapa más posterior con el objetivo de reparar aquellas funciones que no responden a la reactivación haciendo uso de otras habilidades conservadas (González, Gómez y Donoso, 1996). Los principios terapéuticos son los que guían nuestras actividades en la clínica (Rosenbek, LaPointe y Wertz, 1989). Estos deben tenerse siempre en cuenta, son aplicables a todos los tipos y grados de afasia.

Dentro de los procedimientos terapéuticos esta la selección del paciente para la intervención directa. Cuando el paciente no presenta las características adecuadas, sólo se puede abordar a través de un miembro de la familia o un auxiliar que acompaña al paciente. Al que se le pueden dar instrucciones para crear un ambiente

que favorezca la recuperación (Davis, 1993). El contenido de la terapia está basado en las necesidades comunicativas del paciente para favorecer la generalización. Los trastornos asociados deben considerarse siempre en la planificación de la terapia con el fin de resolverlos con prioridad cuando sea posible. La planificación de las sesiones es un aspecto que debe tenerse en cuenta, lo ideal es tratar a los pacientes con una frecuencia mínima de tres veces por semana, con una duración de a lo menos 45 minutos (Rosenbek, LaPointe y Wertz, 1989). En algunos casos es recomendable extender la sesión, sobretodo en los casos donde el paciente está motivado, tiene más de tres meses de evolución y no presenta fatigabilidad. Se debe llevar un registro con el propósito de determinar si se están logrando los criterios. (Davis, 1993).

El programa terapéutico es uno de los componentes importantes del tratamiento. Los objetivos a largo y corto plazo conducen nuestra intervención. Estos se deben modificar cuando el paciente no responde adecuadamente. Las actividades deben ser en base a las necesidades comunicativas para favorecer la funcionalidad (Davis, 1993). Los criterios para algunos autores son de un 100% y para otros sólo de un 70% (Chapey, 1994; Brookshire, 1997; Davis, 1993). La determinación del criterio depende fundamentalmente de la severidad de la

afasia y la complejidad de la tarea. Los estímulos siempre deben ser consecuentes con los intereses del paciente. Las modalidades de entrada y salida deben ser multimodales para favorecer el éxito (Davis, 1993). El método es la esencia del tratamiento fonoaudiológico. A través del método se logra la reparación de las habilidades comunicativas deficientes. Los pacientes en un primer momento son altamente dependientes, pero a medida que el sujeto practica logra la independencia del apoyo o ayuda, alcanzando la respuesta adecuada (Davis, 1993). Algunos pacientes requieren muchos ensayos para lograr la meta, en cambio otros sólo basta una mínima práctica.

Pensamos que este programa de rehabilitación puede ser un aporte al quehacer fonoaudiológico. Este programa es adaptable a los estilos de intervención de cada clínico, sirve para cualquier tipo o grado de afasia. Indudablemente que depende de la experiencia del clínico para hacerle los ajustes adecuados a los requerimientos de cada paciente. Finalmente, es importante mencionar que no hemos realizado una investigación sobre la efectividad de este programa. Sin embargo, hemos podido observar que en la mayoría de los casos tratados se han producido cambios favorables en la comunicación.

BIBLIOGRAFIA

- ASLHA report of the Subcommitte on Language and Cognition. The role of the speech-language pathologist in the habilitation and rehabilitation of cognitively impaired individuals. ASHA Journal, 1987, June, 29: 53 - 55.
- Beukelman, D.; Yorkston, K. y Dowden, P. Communication augmentation: A case-book of clinical management. San Diego, California. Colege Hill press, 1985.
- Brookshire, R. H. Introduction to neurogenic communication disorders. 5th ed. St Louis, Mosby. 1997.
- Chapey, R. Language intervention strategies in adult aphasia. 3rd. ed. Baltimore, Md. Williams & Wilkins. 1994.
- Davis, G. A. y Wilcox, M. J. Adult aphasia rehabilitation : applied pragmatics. San Diego, California. College-Hill press. 1985.
- Davis, G.A. A survey of adult aphasia and related language disorders. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall. 1993.
- Donoso, A. El paciente afásico. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 1988, 26: 46 - 50.
- Donoso, A. Cerebro y Lenguaje. Santiago de Chile. Editorial Universitaria. 1999.
- Donoso, A. Santander M, Pavez M, Schwalm E, Mimó I, Muñoz E y cols. Evaluación multiprofesional de las afasias en pacientes hospitalizados. Revista Médica de Chile, 1982, 110: 249 - 254.
- Garrett, K.; Beukelman, D. y Low-Morrow, D. A comprehensive augmentative communication system for an adult with Broca's aphasia . Augmentative and Alternative Communication, 1989, 5: 55 - 61.
- Garrett, K. y Beukelman, D. R. Augmentative communication aproaches for persons with severe aphasia. En Yorkston, K. Augmentative communication in the medical setting. Tucson, A.Z. Communication Skill Builders. 1992.
- González, R. Protocolo para pacientes afásicos, 2ª Ed. No publicado. 1999.
- González, R.; Donoso, A. y Calad, M.H. Tratamiento fonoaudiológico en un caso de afasia y alexia en un zurdo. Revista de Fonoaudiología, 1990, 1: 7 - 14.
- González, R.; Gómez, A. y Donoso, A. Comunicación aumentativa y alternativa en pacientes con afasia severa. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 1996, 34: 33 - 37.
- Goodglass, H. y Kaplan, E. Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 1996.
- Helm-Estabrooks, N. y Albert, M.L. Manual of aphasia therapy. Austin, Texas. Pro ed. 1991.
- Kearns, K.P. Group therapy for aphasia: theoretical and practical considerations. En Chapey, R. Language intervention strategies in adult aphasia. 3rd. Ed. Baltimore, Williams & Wilkins. 1994.
- LaPointe, L. Aphasia and related neurogenic language disorders. 2nd Ed. New York, Thieme. 1997
- Lubinski, R. Environmental systems approach to adult aphasia. En Chapey, R. Language intervention

- strategies in adult aphasia. 3rd. Ed. Baltimore, Williams & Wilkins.1994.
- Lyon, J.G. Drawing: its value as a communication aid for adults with aphasia. *Aphasiology*, 1995, 9: 33 - 94.
- McReynolds, L.V. y Spradlin, J. Generalization strategies in the treatment of communication disorders. Toronto. B.C.Decker. 1989.
- Pachalska, M. Group therapy for aphasia patients. *Aphasiology*, 1990, 5: 541 - 554.
- Porch, B. Porch Index of Communicative Ability : Vol II. Administration, scoring, and interpretation. 3rd Ed. Palo Alto, C.A. Consulting Psychologists Press. 1981.
- Porch, B. Treatment of aphasia subsequent to the Porch Index of Communicative Ability (PICA). En Chapey, R. Language intervention strategies in adult aphasia. 3rd. Ed. Baltimore, Williams & Wilkins. 1994.
- Rosenbek, J.C. ; LaPointe, L.L. y Wertz, R.T. Aphasia: A clinical approach. Boston.Massachusetts. College-Hill Press. 1989.
- Smith, L. Nonverbal competency in aphasia stroke patients' conversation. *Aphasiology*, 1987, 1: 127 - 139.
- Taylor, M. Qué es afasia. Guía para la familia, Buenos Aires. Ed Med. Panamericana. 1982.
- Wallace, G. y Canter, G. Effects of personally relevant language materials on the performance. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1985, 50: 385 - 390.