



ORIGINAL

Análisis de un caso de afasia a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Araceli Aldea Jiménez, Estíbaliz Terradillos Azpiroz* y Elisa Terriza Reguillos

Departamento de Logopedia, Centro de tratamiento de la lesión cerebral Lescer, Madrid, España

Recibido el 25 de abril de 2009; aceptado el 21 de noviembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Afasia;
CIF;
Intervención;
Comunicación;
Objetivos
terapéuticos
funcionales;
Reinserción

Resumen

Las implicaciones personales, familiares, sociales y laborales de la persona que sufre daño cerebral adquirido alcanzan una gran trascendencia, por el carácter mixto de las secuelas discapacitantes que provoca al afectar las funciones superiores y motóricas.

El abordaje del paciente con daño cerebral adquirido encaja perfectamente en el enfoque transdisciplinar del tratamiento, compuesto por diferentes áreas: fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, neuropsicología, psicología clínica, medicina, etc.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación universal sobre la salud y la atención sanitaria entre las diferentes disciplinas. Se basa en la integración de dos modelos conceptuales diferentes que se han utilizado para entender la discapacidad y el funcionamiento, el modelo médico y social.

Este trabajo describe mediante un análisis observacional las ventajas y desventajas de la aplicación de la clasificación en un caso único. Observamos que el empleo sistemático y estructurado de esta clasificación favorece el encuadre del paciente desde un enfoque "biopsicosocial", que ayuda a clasificar los componentes motores y cognitivos que se encuentran alterados (funciones y estructuras corporales) y los problemas funcionales que derivan de esa alteración (actividades y participación). Así mismo clasifica las características del entorno de la persona que están influyendo de forma positiva o negativa en su independencia (factores ambientales). Así se establece la línea de intervención específica en cada caso, siendo una herramienta útil para establecer objetivos funcionales en pacientes con daño cerebral adquirido.

© 2009 AELFA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estierra@hotmail.com (E. Terradillos Azpiroz).

KEYWORDS

Aphasia;
ICF;
Intervention;
Communication;
Functional
therapeutic
objectives;
Reintegration into
society

Analysis of an aphasic patient by means of the International Classification Functioning, Disability and Health

Abstract

A person with an acquired brain injury entails important personal, familiar, social and occupational implications. This fact is due to the inherent consequences that the damage in cognitive and motoric functions.

The approach to a patient with a brain injury, perfectly matches those in a transdisciplinary treatment, which is composed by different areas: physiotherapy, Occupational Therapy, Speech therapy, Clinical Psychologist, Medicine, etc.

The International Classification Functioning, Disability and Health, developed by World Health Organization, uses an unified standard language, which allows the universal communication about health and sanitary attention between the different approaches. It is based on two different conceptual models (sanitary and social) that have been used to understanding functioning and disability.

This report describes, throughout an observational analysis, the advantages and disadvantages in the application of the Classification in a single case. We realized that the structured and systematic use of this classification enhances the patient description from a "biopsicosocial" view. Therefore, it helps to classify the cognitive and motoric issues what are damaged (body functions and structures) and also the functional problems that belongs to that alteration (activities and participation). Moreover, it classifies the person environmental characteristics which have a positive or negative influence in his/ her autonomy (environmental factors). In this way the intervention path is set in each case, becoming a useful tool to set up functional objectives in acquired brain injury patients.

© 2009 AELFA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La CIF pertenece a la "familia" de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta familia de clasificaciones proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud, y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

La CIF se basa en la integración de dos modelos conceptuales diferentes que se han utilizado para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento, el modelo médico y el modelo social. Mientras el primero considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales, el último considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad.

Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la CIF utiliza un enfoque "biopsicosocial", para proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social¹.

La CIF ha sido diseñada para ser utilizada en varias disciplinas. El abordaje del paciente con DCA encaja perfectamente en el enfoque transdisciplinar del tratamiento, compuesto por diferentes especialidades (fisioterapia, tera-

pia ocupacional, logopedia, neuropsicología, psicología clínica, medicina, enfermería, trabajo social, etc.) que aportan sus conocimientos para identificar de forma global los "componentes de salud" de la persona.

Aplicaciones de DCA

Establecimiento de objetivos funcionales del paciente

En la práctica diaria en el centro de neurorrehabilitación, la CIF puede ayudar a cada una de las áreas que trabajan con el paciente a clasificar los componentes motores y cognitivos que se encuentran alterados (funciones y estructuras corporales) y los problemas funcionales que derivan de esa alteración (actividades y participación). Así mismo clasifica las características del entorno de la persona que están influyendo de forma positiva o negativa en su independencia (factores ambientales). Una vez identificados estos parámetros será nuestra labor y la de todo el equipo de rehabilitación establecer las relaciones entre los distintos problemas, las prioridades de intervención y las técnicas que se van a aplicar en este caso. La CIF es, por lo tanto, una herramienta útil en el establecimiento de objetivos funcionales en pacientes con DCA, como R.A.G.

Valoraciones objetivas del paciente

La CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones y

sirve como marco de referencia para organizar esta información. Estructura la información de un modo significativo, interrelacionado y fácilmente accesible. Dicha información debe estar respaldada por el uso de escalas de valoración objetivas y estandarizadas que definan la magnitud o severidad del problema ya que la CIF no especifica qué circunstancias están relacionadas con cada grado de severidad del problema.

Por ello, en el Centro Lescer estamos realizando la equivalencia de puntuaciones entre test estandarizados de uso común en población con DCA y la escala que establece la CIF.

Ello permite:

- La comparación real de la situación inicial del paciente y su evolución.
- Homogeneizar tratamientos en el campo del daño cerebral adquirido (terapia basada en la evidencia).

Herramienta de investigación

La CIF proporciona un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria, en la recogida y registro de datos.

El código que va asociado a cada situación de salud del paciente permite una recogida de datos que podrá ser fácilmente interpretada a través de un programa de análisis estadístico, lo que posibilita:

- El análisis estadístico de las secuelas a largo plazo de los pacientes, relacionadas con parámetros como la zona lesionada, la edad, el entorno, etc.
- Investigar sobre la relación entre las áreas del cerebro lesionadas y sus déficits motores, cognitivos y de independencia en la vida diaria.
- Investigar sobre las técnicas de tratamiento más eficaces en el abordaje de los problemas del paciente.
- Investigar sobre los tiempos óptimos de tratamiento en la fase aguda y crónica del paciente.

Herramienta de política social y educativa

La información recogida servirá como datos objetivos para la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación y para diseñar e implementar políticas sanitarias y protocolos de actuación en el DCA.

Así mismo también se pueden utilizar los datos recogidos para aumentar la toma de conciencia de la sociedad del problema que ocasiona el DCA y poner en marcha actividades sociales y de reintegración.

Objetivos

El propósito es la valoración de la funcionalidad de la CIF en un caso único de DCA como herramienta para:

- Clasificar los componentes motores y cognitivos que se encuentran alterados (funciones y estructuras corporales).

- Detectar los problemas funcionales que derivan de esa alteración (actividades y participación) en R.A.G a través de la CIF.
- Clasificar las características del entorno de R.A.G. que influyen en su independencia tanto positiva como negativamente (factores ambientales).
- Establecer objetivos funcionales en equipo, una vez identificados los parámetros, las relaciones entre los distintos problemas y las prioridades de intervención y las técnicas que se van a aplicar en este caso.

Material y método

Ánálisis retrospectivo por parte del equipo sobre un caso único de DCA: R.A.G. Paciente de 21 años de edad que sufre TCE severo en noviembre de 2003, con secuelas de hemiplejia derecha, parálisis facial izquierda con afectación ocular y afasia global. Durante la fase aguda se procede a valorar al sujeto a través de test estandarizados. El paciente inicia la rehabilitación transdisciplinar en el año 2004 desde las áreas de logopedia, neuropsicología, fisioterapia y terapia ocupacional. La aplicación de la CIF se lleva a cabo en la fase postaguda del paciente (año 2007), tras un conocimiento previo y exhaustivo y el entrenamiento en su uso. El equipo de rehabilitación de R.A.G. realiza la reevaluación clasificando sus déficits según CIF, estableciendo posteriormente objetivos funcionales.

Procedimiento

A continuación se detallan los datos recogidos al ingreso del paciente en el centro rehabilitador.

Historia clínica

Datos personales: R.A.G. Varón de 21 años, con estudios primarios, empleado de la construcción y de dominancia manual diestro.

TAC craneal: zona de lesión: hematoma subdural izquierdo, contusión cerebral subyacente, múltiples líneas de fractura y neumoencéfalo. Edema cerebral severo.

Juicio diagnóstico: TCE severo. Hemiplejia derecha y afasia.

El equipo de terapeutas ve al sujeto como un "TODO" y desde el punto de vista de la globalidad. A los desórdenes motóricos le acompañan los déficits cognitivos, emocionales y de comportamiento. La atención es esencial para la actividad humana intencionada, y aquí se incluye la comunicación². Sabiendo esto, el abordaje del tratamiento se realiza bajo un enfoque en "estrella", donde todos los terapeutas trabajan bajo el mismo objetivo común y funcional (OFC).

En este sentido se trabaja durante cuatro años, hasta el año 2007, en el que el equipo rehabilitador conoce la existencia de la CIF, se forma de manera interna y externa con otros centros que ya estaban aplicándola y empieza a instaurar el uso de la misma.

A continuación se muestra la valoración actual de R.A.G. con aplicación de la CIF.

Las tablas 1-3 muestran los logros obtenidos tras el periodo rehabilitador, así como las limitaciones actuales clasificadas, que servirán de herramienta para plantear la próxima etapa de tratamiento.

Las tablas 1-3 recogen los ítems de la CIF que mejor describen el estado y situación del sujeto. Los datos están organizados en dos bloques: *funcionamiento y discapacidad*, que incluye las estructuras del cuerpo que están afectadas, las funciones derivadas de estos sistemas corporales y los problemas funcionales que derivan de esa alteración (actividades y participación). El segundo bloque contiene los *factores contextuales*, que a su vez se dividen en los factores personales, que debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos no están clasificados en la CIF, y en los factores ambientales. Las variables individuales que pueden afectar significativamente la recuperación del lenguaje son (a) personalidad y factores intelectuales; (b) motivación, y (3) existencia de trastornos asociados³.

Los factores ambientales parten del contexto más inmediato del individuo y llegan hasta el entorno general, ejerciendo un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad.

La evolución positiva en relación con las estructuras y las funciones corporales han favorecido el aumento de actividades y participación aunque persisten dificultades para las mismas que se detallan a continuación:

- **Movilidad:** actualmente el paciente es capaz de desplazarse por diferentes entornos haciendo uso de su propio cuerpo o de medios de transporte públicos, aunque tiene limitada la capacidad de conducción.
- **Autocuidado:** R.A.G. realiza el aseo personal, se viste/ desviste sin necesidad de ayuda de una tercera persona y es capaz de cuidar de su propia salud.
- **Vida doméstica:** el paciente se ocupa de las tareas del hogar (comidas y quehaceres de la casa), así como del mantenimiento de los objetos de la vivienda y de otros objetos personales. Requiere de cierta supervisión por parte de la familia.
- **Relaciones interpersonales:** acciones y conductas necesarias para establecer con otras personas (desconocidos, familiares, amigos) las interacciones personales básicas y complejas de manera adecuada al entorno y contexto social, entendido esto como evolución aunque incompleta al no estar del todo ajustado a las convenciones sociales. La necesidad de que la rehabilitación logopédica habitual, preocupada por la recuperación de la gramática, debe incorporar una consideración real y efectiva de los elementos pragmáticos⁴.
- **Comunicación:** aumenta la comprensión de significados literales e implícitos de los mensajes en lenguaje oral. Es capaz de producir mensajes no verbales, usando gestos, símbolos y dibujos para expresar un hecho o una idea compleja con alto grado de eficacia comunicativa. La adaptación al contexto vincula el déficit con las dificultades que las personas encuentran en su vida cotidiana y destaca el entrenamiento que los interlocutores tienen en la rehabilitación de la anomia⁵. Mediante el lenguaje hablado, sólo produce palabras nominales de forma aislada, no así frases ni discursos.

Tabla 1 Perspectiva del equipo de rehabilitación: resultados obtenidos tras tratamiento, y funciones y estructuras corporales

Resultados obtenidos tras tratamiento

Capítulo 3 Comunicación
Capítulo 4 Movilidad
Capítulo 5 Autocuidado
Capítulo 6 Vida doméstica
Capítulo 7 Interacciones y relaciones interpersonales

Funcionamiento y discapacidad

<i>Estructuras corporales</i>	<i>Funciones corporales</i>
s1 Estructuras del sistema nervioso	Funciones mentales
s110 Estructura del cerebro	b1402 División de la atención
s1100 Estructura de los lóbulos corticales	b164 Funciones cognitivas superiores
s11000 Lóbulo frontal	b164 Funciones cognitivas superiores
s11001 Lóbulo temporal	b167 Funciones mentales del lenguaje
s11002 Lóbulo parietal	b320 Funciones de articulación

Tabla 2 Perspectiva del equipo de rehabilitación: actividades y participación

Actividades y participación

d720 Interacciones interpersonales complejas
d175 Resolver problemas
d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados
d475 Conducción
d325 Comunicación-recepción de mensajes escritos
d330 Hablar
d345 Mensajes escritos
d710 Interacciones interpersonales básicas

Tabla 3 Perspectiva del equipo de rehabilitación: factores contextuales

Factores contextuales

Factores ambientales
e310 Familiares cercanos
e445 Actitudes individuales de extraños

En cuanto a la evaluación actual, centrandonos en el componente ambiental e445 Actitudes individuales de extraños, éste influye de manera negativa en su estado de ánimo, repercutiendo en la motivación para la realización de actividades con gente de su edad e incluso limitando su comunicación por el rechazo que puede producir su modalidad comunicativa que es no verbal, fundamentada en el lenguaje gestual.

En las conversaciones donde intervienen interlocutores afásicos, el dominio pragmático de estas estrategias supone

un mecanismo efectivo que facilita la comunicación y reduce las diferencias entre los hablantes⁶.

Ficha terapéutica actual

13 de diciembre de 2007.

Objetivos funcionales desde las siguientes especialidades

- Logopedia: d350 Conversación/ e1251 Productos y tecnología de ayuda para la comunicación/ d335 Producción de mensajes no verbales/ d330 Hablar/ d710 Interacciones interpersonales básicas.
- Neuropsicología: d710 Interacciones interpersonales básicas/ d1750 Resolver problemas simples/ d350 Conversación.
- Terapia ocupacional: d440 Uso fino de la mano/ d445 Uso de la mano y el brazo/ d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo.
- Fisioterapia: d4106 Cambiar el centro de gravedad del cuerpo/ b7351 Tono de los músculos de una extremidad/ b770 Funciones relacionadas con el patrón de la marcha.

Objetivo funcional común

d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo (temporalidad: diciembre de 2007-marzo de 2008).

Material de trabajo común: conocimiento de productos de limpieza de cristales.

Después del trabajo realizado sobre las funciones y estructuras corporales, el paciente fue logrando los siguientes objetivos terapéuticos: mejorar atención hacia el lado derecho, aumentar implicación de su miembro superior derecho en AVDs e incrementar el uso de gestos para la comunicación que favoreciera los intercambios comunicativos. De esta manera el paciente ha logrado autonomía en su domicilio siendo capaz de independizarse del domicilio familiar y de manejarse en las interacciones sociales familiares, amistosas y de servicios (compras, transporte público, etc.).

Las variables motivacionales son un contenido más de la intervención. Se atiende de manera específica a las expectativas, a las metas, a la valoración de las tareas, a la ansiedad generada por las mismas y a la autoestima⁷. Actualmente el equipo considera que las capacidades de R.A.G. podrían permitir una próxima reinserción laboral, por lo que el trabajo se está centrando en valorar qué entorno laboral podría ser más adecuado teniendo en cuenta las capacidades y limitaciones, ya que su anterior oficio no puede desempeñarlo debido a las limitaciones en funciones y estructuras corporales detalladas anteriormente. El objetivo funcional común planteado por el equipo y en consenso con el paciente se encuentra dentro del bloque de actividad y participación de la CIF: d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo.

Resultados

Tras la experiencia en la aplicación de la CIF en un caso único se obtienen las siguientes conclusiones:

- La CIF es una escala que clasifica las limitaciones que presenta la persona con discapacidad mostrando una visión global de la misma. El mejor conocimiento de los problemas que presenta facilita el planteamiento de objetivos funcionales acordes a la situación actual del paciente.
- La escala describe y cuantifica los ítems de manera que permite determinar la severidad y el grado de afectación de manera objetiva (en un intervalo de 4 [mayor afectación] a 0 [menor afectación]). Sin embargo, encontramos la problemática en la correlación de puntuaciones entre las escalas tradicionales y la CIF.
- Al contrario que otros sistemas de baremación, la CIF recoge factores ambientales que afectan positiva o negativamente a la evolución y detalla las actividades y participación, que no habían sido contempladas con anterioridad. En el caso de R.A.G., ambos factores favorecen y compensan los déficits a nivel de estructuras y funciones corporales.
- Por otro lado, la CIF muestra de manera desglosada y categorizada las limitaciones, aunque en algunos capítulos se muestran de manera más global y en otras se especifican con mayor detalle. Como hemos visto en el caso que abordamos, el ítem d330 Hablar no detalla si la limitación lingüística es en los aspectos léxicos, morfosintácticos, pragmáticos, etc.

Conclusiones

El abordaje del paciente con DCA encaja perfectamente en el enfoque transdisciplinar del tratamiento, compuesto por diferentes áreas: fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, neuropsicología, psicología clínica, medicina, etc.

La CIF se basa en la integración del modelo médico y social, clasificando las características del entorno de la persona que están influyendo de forma positiva o negativa en su independencia (factores ambientales). Así se establece la línea de intervención específica en R.A.G., paciente cuyo tratamiento rehabilitador se ha realizado y plasmado anteriormente haciendo uso de una herramienta útil para establecer como objetivo funcional común por parte de todo el equipo la próxima reinserción laboral, a partir de la clasificación de sus limitaciones físicas y cognitivas y los factores contextuales, ambos detallados tras la aplicación de la CIF.

Se trata de un estudio en proceso, en el que se está trabajando principalmente en la elaboración de equivalencias entre test estandarizados y la codificación de la CIF y en la elaboración de un programa informático que recoja de forma ordenada toda la información para su posterior análisis estadístico.

Bibliografía

1. Ardila A. Las afasias. Miami, Estados Unidos: Departamento de Ciencias y Trastornos de la Comunicación. Universidad Internacional de la Florida; 2006.

2. Castejón Fernández L, González-Pumariega S, Núñez Pérez JC, González-Pienda JA. Motivación en la rehabilitación logopédica. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*. 2005;25(2):72-83.
3. Castejón Fernández L, Cuetos Vega F. La rehabilitación de la anomia desde una perspectiva multidimensional. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*. 2006;26(2):101-14.
4. Gallardo-Paúls B, Moreno-Campos V. Evolución de la pragmática en un caso de afasia de Broca severa. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*. 2006;26(2):28-43.
5. Moreno-Campos V. Afasia y tempo dialógico: el índice de participación conversacional. *Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica Vol. 1: investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat; 2006.
6. Helm-Estabrooks N, Martin LA. *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*. Madrid: Médica Panamericana; 2005.
7. Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, CIF. OMS; 2001.