

**Introducción:**

-La intervención neuropsicológica trabaja con eficacia la rehabilitación cognoscitiva así como la funcional y la afectiva pese a depender de otras variables de tipo social, médica, conductual, demográfica...La intervención de varias especialidades (terapeutas, psicólogas, rehabilitadores, fisioterapeutas,...) con la aplicación de escalas y test dirigidos permite optar a la máxima autonomía del paciente y la pronta reintegración a su medio habitual en las mejores condiciones de salud y bienestar.

**Descripción:**

-Paciente de 90 años de edad cardiópata que ingresa tras sufrir un infarto cerebral isquémico con hemiplejía derecha, facial izquierdo, dolor central en hemicuerpo y disfagia moderada por parálisis orofaríngea parcial. En el ingreso déficit cognitivo moderado-grave, desorientación temporo-espacial y parcial en persona, lenguaje no fluente, agramático, aprosódico, incapaz de emitir fonemas, gesticula, sonrisa social, comprensión auditiva abolida, ordenes simples y comprensión de palabras, lectura simple conservada.

En el plano funcional déficit táctil-cenestésico que afecta a tareas básicas con actuación impulsiva, presas incorrectas...déficit severo y gran dependiente.

Tras 4 meses evoluciona de gran de pendiente a dependiente severo con manejo del vestido y alimentación con movilizaciones activas. De una afasia global tenemos una afasia motora (emite algún fonema), mayor agilidad articular, orientación parcial y atención completa, en comprensión auditiva mejoría, así como la repetición con lectura mantenida, en escritura oposición siendo mas lenta recuperación del lenguaje , praxis y función ejecutiva.





















**Estrategia:**

-Valoración y seguimiento con escalas cognitivas, Mec (minni mental modificado), test de Boston para la afasia y el GDS (escala global) con escalas funcionales Barthel (actividades básicas vida diaria), lawton (instrumentales vida diaria) y escalas de dependencia.

-Introducción en talleres de estimulación cognitiva, de reminiscencia, de orientación a la realidad, habilidades comunicativas, tableros, agendas, cuadernos de comunicación, uso de pictogramas.

-Pruebas de fluencia fonética y semántica, con entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria con ejercicios isométricos y talleres de psicomotricidad refuerzan la rehabilitación física y psíquica en estos casos. Completamos con talleres ocupacionales y musicoterapia.

-En lo sucesivo la aplicación de nuevas tecnologías permitirán un mas profundo abordaje de estos pacientes, la telemedicina, la informática...

 BATA	 BAÑO	 BALÓN	 BASURA	 BAILE
 BESO	 BEBÉ	 BEBER	 BICI	 BOTELLA
 BOTA	 BOLA	 BOCA	 BODA	 BOTÓN
 BOMBÓN	 BOMBA	 BORRA	 BUENO	 BURRO

**Pictogramas y cuadernos de comunicación.**



**Palabras claves.**

-Test de Boston, accidente vascular cerebral, afasia, test cognoscitivos

**Bibliografía**

- 1-The cognitive rehabilitation process in a case of bithalamic infarction. C Forn. Universidad Jaume I. Castelló. España. Revista de Neurología 2005; 41 (4): 209-215.
- 2-Rehabilitación cognitiva y funcionamiento sensorial. A M Monsalve Robayo. Revista chilena de terapia ocupacional. Agosto 2013 V13, N°1.
- 3-Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular de estadio temprano. Clare L. Woods R T. Biblioteca Cochrane plus. 2014 N° 4 ISSN 1745-9990.