

LENGUAJE, ACTIVIDAD PRÁXICA Y VISOESPACIAL DE AFÁSICOS EVALUADOS CON BOSTON EN SUCRE

Beatriz Elena Miranda Contreras¹

Fecha de recepción: Abril 26 de 2014

Fecha de aprobación: Noviembre 14 de 2014

Citar como: Miranda, B. (2014) Lenguaje, actividad práxica y viso espacial de afásicos evaluados con Boston en Sucre. *Revista Areté*, 14 (1), 147-161

Resumen

Introducción: La evaluación de pacientes afásicos excluye la dimensión cualitativa del análisis lingüístico y visomotor, siendo esta relevante para la orientación diagnóstica. **Objetivo:** determinar habilidades visomotoras y lingüísticas del paciente con afasia, mediante el Test para Diagnóstico de la afasia de Boston. **Métodos:** se seleccionó muestra de 24 pacientes afásicos de ambos géneros, del departamento de Sucre, utilizando el instrumento de evaluación en toda su extensión para medir variables sociodemográficas y de análisis como: habilidades visomotoras, de comprensión auditiva, expresión oral, lectura, escritura, estructura psicolingüística de comprensión y expresión, localización de la lesión y tipos de afasia. **Resultados:** Se observó que el rango de edades de pacientes se situó entre 38 y 70 años, predominando el género masculino (70.8%), ubicados en estrato socioeconómico bajo (87.5%), con rango de escolaridad básico (66.7%). Las lesiones de mayor predominio fueron las anteroposteriores (41.7%) coincidiendo con los tipos de afasias encontrados, siendo más frecuente la afasia global (45.8%) seguida por la mixta (20.8%); causadas en su mayoría por accidente cerebro vascular (58.3%). En todos los pacientes se encontró un vocabulario restringido, con habilidades del lenguaje alteradas en su totalidad en las afasias global y mixta; en las afasias transcortical y Broca solo se alteraron las habilidades orales. Las gnosias y praxias se vieron comprometidas en los pacientes dependiendo sitio y extensión de la lesión. **Conclusión:** Todos los pacientes con afasia presentan dificultades en habilidades lingüísticas y visomotoras, siendo necesario incluirlas en su aplicación.

Palabras claves: Afasia, Test para el diagnóstico de la afasia de Boston, habilidades lingüísticas y visomotoras.

¹ Fonoaudióloga Magíster en Neuropsicología de la Universidad San Buenaventura de Antioquia. Docente investigador de la Universidad San Buenaventura Cartagena. Contacto: beatrymiranda@hotmail.com.

LANGUAGE, PRAXICAL AND VISUOSPATIAL ACTIVITY FROM APHASIC PATIENTS DIAGNOSED BY THE BOSTON TEST IN SUCRE

Abstract

Introduction: The evaluation of aphasic patients omits the qualitative dimension of linguistic and visual-motor analysis, this being relevant for diagnostic orientation. *Objective:* To determine the visual motor and language skills of the patient with aphasia, using the Boston test for the Diagnosis of aphasia. (BDAE). *Methods:* A sample of 24 aphasic patients of both genders, of the department of Sucre is selected, using the assessment instrument in its entirety to measure sociodemographic variables and analysis as skills listening, speaking, reading, writing, visual motor, psycholinguistic structure of comprehension and expression, lesion location and types of aphasia. *Results:* It was observed that the age range of patients was placed between 38 - 70 years, mainly boys (70.8%), placed in a low socioeconomic status (87.5%), with a range of basic education (66.7%). Lesions were anteroposterior predominance (41.7%) coinciding with aphasia types found, the most frequent global aphasia (45.8%) followed by mixed (20.8%); largely caused by stroke (58.3%). In all patients a restricted vocabulary found with altered language skills entirely in the comprehensive and mixed aphasia; in transcortical aphasia and Broca single oral skills are altered. Gnosis and Praxias were compromised in patients depending on the site and extent of injury. *Conclusion:* All patients with aphasia have difficulties with language and visual motor skills, being necessary to include them in your application.

Key words: Aphasia Test for diagnosis of aphasia Boston, language and visual motor skills, computed tomography (TAC).

INTRODUCCIÓN

Un gran número de personas en Colombia padece afecciones causadas por accidente cerebrovascular, traumatismos craneanos, infecciones u otras patologías que constituyen alguna lesión estática a nivel de encéfalo. Estas alteraciones provocan disfunciones cerebrales cuya sintomatología depende de las zonas dañadas y su extensión, constituyendo así un problema de salud pública; el cual se ha venido evidenciando durante el proceso de intervención en la práctica clínica, donde se han identificado individuos, con un cuadro clínico que nos indica la presencia de algún tipo de afasia, lo cual ha creado una inquietud en el conocimiento de las conductas o perfil del lenguaje de pacientes que han sufrido algún trauma a nivel central.

No obstante, al revisar la teoría existente de este trastorno, encontramos que en el departa-

mento de Sucre no se ha realizado ningún tipo de estudio relacionado con las características del lenguaje del paciente con afasia, siendo éste tipo de estudio, un pilar fundamental en el desempeño profesional del fonoaudiólogo en ésta comunidad, donde el incremento de este tipo de patología neurolingüística es numerosa. Es por eso que se ve la necesidad de tratar el paciente afásico con un modelo de evaluación estructurado que responda a las necesidades de obtener información por parte del profesional y la descripción integral de las manifestaciones sintomáticas del cuadro, siendo éste un requerimiento indispensable para el diseño eficaz del programa de intervención.

Son muchos los autores, a nivel internacional, que han realizado estudios sobre la afasia, como el realizado en Lima, Perú por Rosso C, et al (2014), cuyo objetivo era identificar las áreas específicas de la materia blanca, críticos para

afasia de gravedad global post-ictus y para determinar si el daño en estas áreas tuvo más impacto en la severidad de la afasia que el volumen del infarto.

Fernández, Blázquez y et. al. (2012) en su trabajo titulado “Nueva versión reducida del test de denominación de Boston para mayores de 65 años” reclutó una muestra de 547 sujetos mayores de 65 años a los que se les aplicó un protocolo de evaluación neuropsicológica, para determinar sus estados cognitivos; 405 sujetos no presentaron alteraciones cognitivas relevantes, frente a 142 sujetos que fueron diagnosticados de deterioro cognitivo leve.

Rado (2006 Lima - Perú), para su trabajo de corte descriptivo “Adaptación del Test Boston a la población afásica que acude al Instituto Nacional de Rehabilitación Dra. Adriana Rebaza Flórez (INR)”, seleccionó una muestra de 40 pacientes del Departamento de Docencia, Investigación y Rehabilitación Integral de Discapacidades de la Comunicación del INR. Para la recolección de la información se utilizó el Test de Boston.

A nivel nacional, se realizó un estudio descriptivo comparativo, por Arboleda, Pineda, Lopera, Villa y Sánchez (2001). Quienes aplicaron la versión de la prueba Boston para el diagnóstico de la afasia (PBDA), previamente adaptada en un estudio anterior. Se evaluaron los pacientes afásicos y se hizo un análisis descriptivo atendiendo también a las variables socioculturales, la localización de la lesión y las alteraciones más prototípicas según el cuadro de afasia.

La comprensión de las manifestaciones y la naturaleza del cuadro de la afasia son elementos cruciales para el diagnóstico y la rehabilitación. El acercamiento al análisis integral de sus manifestaciones constituye una dimensión de incalculable valor para la clínica de estas alteraciones del lenguaje y una perspectiva prometedora para el desarrollo de la investigación en afasiología desde una perspectiva neurolingüística.

En el marco de las investigaciones realizadas por el grupo de Neuropsicología y Conducta de la Universidad de San Buenaventura Medellín, el presente estudio descriptivo observacional determina las características y habilidades lingüísticas del paciente con afasia de diferente etiología, evaluados y clasificados con el Test para el Diagnóstico de la Afasia de Boston (BDAE). Constituye una experiencia investigativa en el análisis de 24 casos de afasia, que vincula el instrumento de evaluación en toda su extensión, y permite identificar los trastornos usualmente asociados a la afasia y las características lingüísticas de la expresión verbal de estos pacientes.

La investigación que da lugar a este artículo tuvo como objetivo general, determinar las habilidades visomotoras y lingüísticas del paciente con afasia, mediante el Test para el Diagnóstico de la afasia de Boston (BDAE) en el Departamento de Sucre.

Siendo los objetivos específicos describir el desempeño del lenguaje en los pacientes, de acuerdo al tipo de afasia, identificar los déficits visoespaciales y práxicos asociados al cuadro de la afasia y así poder definir las características lingüísticas de los diferentes tipos de afasia.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de la investigación es descriptivo, observacional, transversal. La muestra por conveniencia la conforman 24 sujetos con afasia por lesión cerebral, de 18 a 70 años, atendidos en el Hospital Regional, en la Clínica Las Peñitas y Centros Médicos del Departamento de Sucre, por daño cerebral secundario a trauma de cráneo, ACV, tumores cerebrales, procesos infecciosos, con un período de evolución de tres meses en adelante, diestros, y no haber presentado alguna alteración del lenguaje antes del daño cerebral.

El instrumento a utilizar en el estudio es el Test de Boston versión Colombiana en toda su exten-

sión (Goodglass y Kaplan, 1983). Se revisan los contenidos instructivos y nivel de medición de la prueba. Esta prueba la constituyen subpruebas verbales, las cuales cubren la evaluación de factores psicolingüísticos en comprensión auditiva, de la expresión, repetición de oraciones, preservación de la comprensión de órdenes referidas al movimiento de todo el cuerpo y la detección de desconexión hemisférica.

Con las subpruebas complementarias no verbales, se evalúa el rendimiento perceptivo motor superior. Esta prueba llevará a explorar tareas espaciales cuantitativas, consistentes en pruebas de apraxia de construcción; la cual cubre la apraxia bucofacial, la apraxia de extremidades, los movimientos globales del cuerpo y las acciones seriadas con objetos. Igualmente, evalúa la agnosia digital, acalculia y confusión derecha izquierda.

El instrumento se aplicó a una muestra piloto de 5 pacientes con afasia para determinar su validez. Se elaboraron formatos y consentimientos explícitos y libremente informados de los pacientes que conformaron la muestra. La construcción del perfil de habilidades del lenguaje del paciente con afasia se llevó a cabo a través de la recopilación de información en formato único de puntajes. Se utilizó un tiempo de 4 sesiones de 45 minutos cada una, y se realizó una base de datos teniendo en cuenta variables de edad, sexo, escolaridad y nivel socio-económico.

Para realizar el análisis de la muestra de habla de los 24 sujetos con afasia, se inició con la grabación del habla del paciente en diálogo, conversación libre y lenguaje narrativo. Sobre esta muestra de habla, que según Saffran et al. (1990) debe tener al menos 150 palabras, se realizaron recuentos de: número de emisiones utilizadas, empleo de artículos, verbos, pronominales, conectores, sustantivos, adjetivos y adverbios. Se procesó la información de forma manual.

El análisis descriptivo y correlacional de la información obtenida de las subpruebas del test

de Boston fue procesado estadísticamente con el programa estadístico SPSS a través de percentiles y medias o promedios; representados mediante tablas.

RESULTADOS

De los 24 pacientes con afasia evaluados, el 79.1% pertenecía al municipio de Sincelejo y el 20.8% restante a las poblaciones de Corozal y Los Palmitos. Las sesiones estimadas para la aplicación del protocolo de investigación, se cumplió para la ciudad de Sincelejo con la estructura de aplicación del instrumento de evaluación, teniendo en cuenta las condiciones de fatigabilidad y estado de ánimo del paciente.

En los municipios de Corozal y Los Palmitos se hizo necesario realizar adaptaciones del horario, por sólo contar con los fines de semana, condición que llevó a distribuir las cuatro sesiones de aplicación en dos días.

Entre las características de diagnóstico clínico se evidenció que todos los casos presentaban dominancia diestra y fueron diagnosticados con afasia de tres meses de evolución o más. En cuanto a características sociodemográficas se evidenció mayor presencia del género masculino (70.8%). El estrato socioeconómico de mayor frecuencia fue el bajo (1 y 2) con una equivalencia del 87.5%, una escolaridad de predominio para el nivel básico (66.7%). Del total de casos evaluados solo un 25% tienen un desempeño ocupacional profesional (ver tabla No. 1).

Teniendo en cuenta la extensión, lugar y etiología de la lesión, entre los casos se presenta un predominio de lesiones antero-posteriores (41.7%) con mayor incidencia por causa de Accidentes Cerebro Vasculares (58.3%), (ver Tabla No.2)

El sitio y extensión de la lesión coincide con el tipo de afasia, Goodglas y Kaplan (1.986) afirman que la Tomografía Axial Computarizada (TAC) aporta datos acerca de la sintomatología del len-

Tabla No.1. Características demográficas de 24 pacientes con afasia.

		Frecuencia	%
Género	Femenino	7	29,2%
	Masculino	17	70,8%
Total		24	100,0%
Grupo etéreo	Adulto joven	12	50,0%
	Adulto mayor	12	50,0%
Total		24	100,0%
Estrato Socio-económico	Bajo	21	87,5%
	Alto	3	12,5%
Total		24	100,0%
Escolaridad	Básica	16	66,7%
	Universitaria	8	33,3%
Total		24	100,0%
Ocupación	Hogar	3	12,5%
	Operativo	11	45,8%
	Calificado	4	16,7%
	Profesional	6	25,0%
Total		24	100,0%

guaje y las lesiones cerebrales; se observó en el estudio que los pacientes con afasia global la lesión es anteroposterior (41.7%), el otro (29.2%) se presentó en lesiones posteriores; lo mismo se observó en las afasias mixtas, reportando solamente un (4.2%) con sitio de lesión subcortical. Los seis casos de afasia motora coinciden con una lesión anterior (ver Tabla No. 2).

De acuerdo a la clasificación de las afasias del grupo de Boston, (Goodglas y Kaplan, 1974), los 24 pacientes que conforman la población objeto de estudio, se clasificaron en 6 (seis) tipos de afasia: Broca y Transcortical motora: 6; Mixtas: 5; Global: 11; 1 caso de afasia de Wernicke y 1 de afasia anómica. No se encontró afasia de conducción, ni afasia transcortical sensorial.

La mayor frecuencia de afasia global encontrada coincide con estudios realizados en Venezuela por Granados, Torrealba, Vázquez, y Sarmiento, (2002) y estudios realizados en Colombia por Arboleda, et. al. (2001), así mismo se confirma lo expuesto por Echeandía, Perea y Olmedilla (2006); Brust, Shafer, Richter y Bruun (1976); De Renzi, Faglioni y Ferrari (1980); Eslinger & Damasio (1981); Kertesz y Sheppard (1981); Vignolo, Boccardi y Caverna (1986); Bosso, Della Sala Y Farabola (1987); Scarpa, Colombo, Sorgato y De Renzi (1987); Szelies, Herholz y Heiss (1991); donde afirman que la afasia Global constituye la descripción semiológica en un porcentaje elevado de pacientes que sufren afasia.

En los once casos de afasia global, se observaron alteraciones en todas las habilidades del lenguaje, que limitan considerablemente la competencia comunicativa. Estos resultados también han sido reportados por Montañés (1987), quien desde una perspectiva psicolingüística concluye que en este tipo de afasia, se alteran todos los niveles y funciones del lenguaje. Echeandía, Perea y Olmedilla, (2006) la caracterizan como una incapacidad total para evocar y pronunciar palabras, con afección severa de la comprensión, alexia, agrafía y apraxia.

Tabla No. 2. Características clínicas de 24 pacientes con afasia

TIPOS DE AFASIAS							
MOTORAS							
Broca n=2	Transcortical Motora n=4	Wernicke n=1	Anomica n=1	Mixta n=5	Global n=11	TOTAL n=11	% n=24
ETIOLOGIA							
Trauma Cráneo Cefálico	1	2	0	1	2	3	37.5%
E.C.V	1	1	1	0	3	8	58.3%
Tumor	0	0	0	0	0	0	0.0%
Procesos Infecciosos	0	1	0	0	0	0	4.2%
LUGAR DE LA LESION							
Anterior	2	4	0	0	0	0	25.0%
Posterior	0	0	1	1	1	4	29.2%
Anteroposterior	0	0	0	0	3	7	41.7%
Subcortical	0	0	0	0	1	0	4.2%
TOTAL	8.3%	16.7%	4.2%	4.2%	20.8%	45.8%	100.0%

En este tipo de afasia todos los aspectos del lenguaje están tan severamente alterados que no existe diferencia entre componentes preservados y alterados, (Goodglas y Kaplan 1986). Este compromiso severo de las habilidades del lenguaje se confirma en términos de porcentajes de rendimiento con un 32% en tareas de comprensión de lenguaje oral; 9.4% en expresión oral, un 22% en lectura y un 17% en escritura.

Para los cinco casos de afasia mixta el lugar de la lesión compromete regiones anteroposteriores en tres casos, en un caso fue subcortical y el restante fue posterior, este fue el único que aunque no coincidió con el sitio esperado de la lesión, puede explicarse la sintomatología a partir de una desconexión de áreas corticales del lenguaje. En término de porcentaje de rendimiento de habilidades de comprensión auditiva, el puntaje alcanzado en tareas de comprensión

fue del 66%, a nivel de expresión oral el 31%, lectura 43% y escritura 25%.

En los casos de afasia transcortical motora el lugar de la lesión comprometía regiones anteriores en los cuatro casos. En términos de rendimiento de comprensión auditiva, el puntaje alcanzado en tareas de comprensión fue de 78%, a nivel de expresión oral fue del 67%, estando más conservada en estos pacientes la repetición; lo cual comprueba lo expuesto por Geschwind (1968) quien afirma que en este tipo de afasias la comprensión es relativamente normal lo mismo que la repetición. Por otra parte, Goodglas y Kaplan (1986) afirman que en estos pacientes la repetición está particularmente intacta. A nivel de lectura el rendimiento fue del 63% y en escritura del 71%, mientras que en las personas con afasia de Broca se encontró que a pesar que el sitio de la lesión era la región anterior, el rendimiento en comprensión auditiva

fue del 89%, expresión oral del 82%, lectura del 87% y escritura en un 57% (ver Tabla No.3a, 3b, 3c y 3d).

Al comparar los rendimientos totales en cada una de las subpruebas de la población afásica Sucreña (n=22) con la población afásica Española (n=40), se pudo observar que la población sucreña presenta menor rendimiento en todas las subpruebas, estando mayor conservada la discriminación de palabras en ambas poblaciones (M=41.09 y M= 53.21) respectivamente, pero con diferencias muy marcadas entre los resultados; mientras que a nivel de mecánica de la escritura las diferencias son muy mínimas (M=2.14 y M=2.10) respectivamente.

Para confirmar las diferencias y similitudes encontradas entre las dos poblaciones, se estimó una prueba no paramétrica con la cual se estableció la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos en Sucre y en España. Se trabajó con la Prueba de Signos la cual permitió probar si la porción de signos positivos es igual a la porción de signos negativos. Encontrándose que los estadísticos de contraste para las poblaciones fueron $Z=-4.564$ y en los sig. Asintót (Bilateral) fue de

.000. Se observó que los puntajes promedios en España son significativamente mayores que los puntajes promedios de Sucre.

En la aplicación de las pruebas complementarias del Test de Boston, se tomó la decisión de asignar algunos puntajes a las subpruebas Expresión Psicolingüística (de la comprensión y expresión oral), ya que no se contaba con ellos; también se promediaron los resultados obtenidos en cada una de las subpruebas agrupadas para su análisis; encontrándose en los grupos de pacientes con afasia motora (Broca) ,afasias mixtas y Global mayor dificultad en la ejecución de habilidades visomotoras, lo cual comprueba lo expuesto por Goodglas y Kaplan (2005) quienes afirman que la apraxia puede tener un efecto directo sobre la capacidad para comunicarse, siendo éstas también muy frecuentes en pacientes que presentan lesiones en las áreas anteriores del lenguaje. También afirman que en las afasias graves casi siempre se presenta cierto grado de apraxia.

A nivel de gnosias se encontró que el grupo de pacientes con afasia mixta (n=5) y Global (n=11) presentaron dificultades a éste nivel, (47,1% y 38,5% respectivamente), lo cual es compatible con lo expuesto por Luria (1977) quien expresa

Tabla 3a. Ejecución de la prueba de Boston en sujetos con afasia

AFASIAS MOTORAS n = 6									
Comprensión auditiva	P.D.	Broca n = 2		Trans Cortical Motora n = 4		Mixta n = 5		Global n = 11	
		X	D.T	X	D.T	X	D.T	X	D.T
Discriminación de palabras	72	67,50	0,71	56,25	25,51	50,80	9,01	26,36	21,19
Identificación de partes del cuerpo	20	16,50	3,54	17,00	2,16	15,00	2,00	6,82	5,58
Comprensión de órdenes	15	13,50	0,71	13,00	2,16	9,00	1,22	4,00	4,00
Material ideativo complejo	12	8,50	0,71	6,50	4,51	4,20	2,68	1,91	1,76
Total promediado		89%		78%		66%		32%	

Tabla 3b. Ejecución de la prueba de Boston en sujetos con afasia

AFASIAS MOTORAS n = 6									
Expresión oral	P.D.	Broca n = 2		Trans Cortical Motora n = 4		Mixta n = 5		Global n = 11	
		X	D.T	X	D.T	X	D.T	X	D.T
Agilidad oral	26	16,50	2,12	14,00	5,29	13,80	4,32	11,55	6,20
Secuencias automatizadas	8	4,00	2,83	7,00	2,00	4,40	2,30	1,18	1,33
Recitado	2	1,00	1,41	1,75	0,50	1,80	0,45	0,82	0,98
Canto	2	1,00	1,41	1,50	0,58	1,40	0,55	1,00	0,63
Ritmo	2	0,50	0,71	0,75	0,96	0,80	0,45	0,55	0,82
Repetición de palabras	10	6,00	5,66	9,75	0,50	4,80	3,11	2,73	3,26
Repetición de frases de alta probabilidad	8	3,50	4,95	7,00	2,00	2,80	3,11	0,45	0,93
Repetición de frases de baja probabilidad	8	3,00	4,24	6,25	2,87	2,60	2,79	0,18	0,40
Lectura de palabras	30	15,00	16,97	20,25	14,15	2,80	4,09	2,18	4,60
Respuestas de denominacion	30	4,50	4,95	19,00	9,87	10,60	6,47	0,09	0,30
Denominación por confrontación visual	96	43,50	58,69	52,25	42,90	25,60	25,23	3,00	4,82
Denominación de partes del cuerpo	30	10,00	14,14	19,50	12,40	7,20	9,15	0,09	0,30
Denominación de animales		3,50	4,95	9,00	4,90	1,80	3,03	0,27	0,90
Lectura de oraciones en voz alta	10	5,00	7,07	7,50	5,00	1,00	2,24	0,82	1,60
Total promediado		9,4%		31%		67%		82%	

Tabla 3c. Ejecución de la prueba de Boston en sujetos con afasia

AFASIAS MOTORAS n = 6									
Lectura	P.D.	Broca n = 2		Trans Cortical Motora n = 4		Mixta n = 5		Global n = 11	
		X	D.T	X	D.T	X	D.T	X	D.T
Discriminación de letras y palabras	10	10,00	0,00	7,25	4,86	7,20	4,21	3,00	3,32
Reconocimiento de palabras	8	7,50	0,71	6,00	4,00	4,20	3,03	2,73	2,49
Comprensión de deletreo oral	8	4,00	4,24	1,75	2,36	0,80	0,84	0,36	0,67
Emparejamiento Dibujo-Palabra	10	10,00	0,00	7,50	5,00	4,60	4,45	1,82	2,96
Lectura de oraciones y párrafos	10	8,50	0,71	6,50	4,36	3,20	2,17	2,36	3,17
Total promediado		22%		43%		63%		87%	

Tabla 3d. Ejecución de la prueba de Boston en sujetos con afasia

AFASIAS MOTORAS n = 6									
Escritura	P.D.	Broca n = 2		Trans Cortical Motora n = 4		Mixta n = 5		Global n = 11	
		X	D.T	X	D.T	X	D.T	X	D.T
Mecánica de la escritura	5	3,50	0,71	3,25	0,96	2,60	1,95	1,27	1,85
Escritura seriada	47	29,5	12,0	36,2	17,2	17,2	14,7	11,4	14,0
		0	2	5	3	0	9	5	4
Dictado elemental	14	10,5	0,71	10,0	6,73	4,60	6,31	2,00	4,12
		0		0					
Deletreo al dictado	10	6,50	2,12	7,25	4,86	0,20	0,45	0,91	3,02
Denominación por confrontación escrita	10	6,50	0,71	6,50	4,51	0,40	0,55	0,91	3,02
Escritura narrativa	5	1,00	0,00	2,50	1,91	0,20	0,45	0,36	1,21
Dictado de oraciones	12	2,50	2,12	7,50	5,20	1,00	2,24	1,09	3,62
Total promediado		17%		25%		71%		57%	

que las alteraciones gnósicas aparecen a causa de lesiones en las áreas parietales de la corteza cerebral, directamente integradas en los sectores corticales del analizador cutáneo; lo anterior se expone como teoría que soporta lo encontrado en lo grupos de pacientes pertenecientes a la población evaluada, ya que la lesión de las afasias en mención son tan extensas que ocupan ambas áreas (anteriores y posteriores), viéndose éstas comprometidas.

En la aplicación de las subpruebas complementarias: Exploración Psicolingüística de la expresión y comprensión oral, se observó que los pacientes con afasia de Broca, Mixta y Global presentaron una notoria dificultad en la ejecución de las mismas, lo cual corroboró los puntajes obtenidos en las subpruebas de comprensión auditiva y expresión oral, confirmando lo expuesto por los autores Goodglas y Kaplan (1986) (ver Tablas No. 4a, 4b, 4c).

Al analizar el Vocabulario utilizado por los 24 sujetos con afasia que conforman la población

Sucreña, se encontró que el grupo que presentó mayor vocabulario lo conformaban los que tuvieron un nivel de formación universitaria (M= 22.38), pero al establecer una comparación con un grupo de sujetos españoles normales, la diferencia fue muy notoria.

También se realizó análisis de cada uno de los grupos afásicos evaluados, y se observó que las personas con afasia global presentan mayor dificultad a nivel de vocabulario (M=3.00), mientras que, en los que presentan afasia transcortical motora, el vocabulario se encuentra más conservado (M= 33.5).

Para el análisis de la muestra de habla, se tuvo en cuenta que en uno de los grupos de afásicos encontrados (Global), estaban conformados por sujetos que lograban producir algunas expresiones lingüísticas (n=6) y otro grupo con una desintegración total del mismo. De lo contrario, al promediar los datos, el resultado total variaría de forma considerable, por tal razón se vio la necesidad de analizar en forma separada,

Tabla 4a. Características visomotoras en 22 pacientes con afasia.

TIPO DE AFASIA n = 22					
Habilidades visomotoras	Puntaje de prueba	AFASIAS MOTORAS n = 6			
		Broca n = 2	Trans Cortical Motora n = 4	Mixta n = 5	Global n = 11
Praxias corporales	40	26	31	27,4	18,73
Praxias construccionales	14	4	2	5	2,73
Bloques por imagen	9	1,5	1,75	0,2	0,45
Bloques modelo concreto	9	4	4,25	3,6	0,91
Dibujo por copia	13	8	5,75	3,4	2,36
Dibujo por orden	13	7,5	8,75	2,8	2,91
Puntajes totales	98	51,00	53,50	42,40	28,09
Rendimiento grupal		52,0%	54,6%	43,4%	28,7%

Tabla 4b. Características Gnósicas.

TIPO DE AFASIA n = 22					
Gnosias digitales	Puntaje de prueba	AFASIAS MOTORAS n = 6			
		Broca n = 2	Trans Cortical Motora n = 4	Mixta n = 5	Global n = 11
Comprensión de la mano dibujada y propia	32	29	23,25	15,8	8,45
Denominación de dedos hacia el paciente y al examinador	32	28	21,75	15,8	7,82
Identificación de dedos homólogos	20	17	14,5	8,8	10,91
Repetición de la posición de los dedos	20	15	10	9,2	11,45
Prueba táctil visual	16	9,5	9,5	8,2	8,36
Comprensión orientación derecha izquierda	16	4	10	6,2	5,36
Puntajes totales	136,00	102,50	89,00	64,00	52,36
Rendimiento grupal		75,4%	65,4%	47,1%	38,5%

encontrándose que quienes poseían restos de lenguaje expresivo (n= 6) produjeron 16 emisiones; donde se incluyeron emisiones vacías (si – no), las cuales en el Manual de Boston revisado 2005, no son incluidas como tal.

Del total de emisiones expresadas por los sujetos se evidenció mayor dificultad en la utilización

de adjetivos, conectores, relaciones, verbos, lo cual demostró un habla muy limitada. En el caso de los que presentaron desintegración total del lenguaje, se evidenció que el 100% de éste se limitó a la utilización de estereotipos verbales.

En las afasias mixtas, el número de emisiones utilizadas por los sujetos fue de 16, evidencián-

Tabla 4c. Características subpruebas complementarias. Expresión Psicolingüística – Comprensión oral.

TIPO DE AFASIA n = 22					
Exp. Psicolingüística de la comprensión oral	Puntaje de prueba	AFASIAS MOTORAS n = 6			
		Broca n = 2	Trans Cortical Motora n = 4	Mixta n = 5	Global n = 11
Comprensión preposiciones de lugar	9	4	6,25	3,4	3,00
Comprensión antes - después	6	1,5	3,75	2,6	1,64
Comprensión de seguimiento de instrucciones	5	1	3	1,2	0,82
Discriminación de sujeto objeto en voz pasiva	4	1,5	2	2,2	0,45
Comprensión de la relación de posesión	5	2,5	3,25	2,6	0,64
Comprensión de complementos verbales	2	1	0,75	0,4	0,18
Puntajes totales	31,00	11,50	19,00	12,40	6,73
Rendimiento grupal		37,1%	61,3%	40,0%	21,7%

Tabla 4d. Características subpruebas complementarias. Expresión Psicolingüística – Comprensión oral

TIPO DE AFASIA n = 22					
Exp. Psicolingüística de la expresión oral	Puntaje de prueba	AFASIAS MOTORAS n = 6			
		Broca n = 2	Trans Cortical Motora n = 4	Mixta n = 5	Global n = 11
Expresión tareas de repetición	10	1,5	12	6,2	1,64
Expresión construcción condicional	12	0	7,5	2,6	1,27
Expresión manipulación del tiempo verbal	3	1,5	2,25	1,6	0,27
Expresión formulación de preguntas	5	2,5	3,75	1,2	0,45
Expresión de preguntas con pronombres y adverbios	5	2,5	3,75	1	0,36
Puntajes totales	45,00	8,0	29,3	12,6	4,0
Rendimiento grupal		17,8%	65,0%	28,0%	8,9%

dose mayor utilización de lenguaje ininteligible (26.9%) seguido en orden descendente de dificultad en la utilización de sustantivos (15%), pronominales (13.5%) y adverbios. En las afasias motoras las emisiones utilizadas por los sujetos fue de 18, entre las cuales un 24.1% fueron sustantivos, 16% verbos y 10.5% adver-

bios y relaciones; por lo que en los 24 sujetos evaluados se observó una notable reducción en la tasa de habla a nivel de diálogo, habla espontánea y narrativa.

Al analizar las características cualitativas no lingüísticas de las producciones obtenidas a

través de la muestra de habla, se encontró que en el 47.8% de la población con afasia global (n=11), el 30.4% (n= 7) presentaban cualidades acústicas de la voz normales, mientras el mismo porcentaje se caracterizó por presentar un habla lenta. También se observó a nivel de características de habla, que el grupo de las personas con afasias globales presentó mayor dificultad debido a la cantidad de parafasias (100%), línea melódica, longitud de frase y repetición (81.1%), como también a nivel de agilidad articulatoria y formas gramaticales (72.7%) y en menor grado el encontrar palabras (54.5%); seguidos en orden de severidad por las afasias mixtas y motoras en algunos aspectos, lo cual ratifica la teoría expuesta por Goodglas y Kaplan (1986) en lo referente a que el mayor o menor compromiso a nivel central, se verá reflejado en la producción del habla.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio confirman el aporte que hace a la clínica la prueba para el diagnóstico de la afasia (BDAE), arrojando información sobre las habilidades del lenguaje preservadas o alteradas de estos pacientes, permitiendo clasificarlos en un determinado síndrome relacionado con el sitio de la lesión, que serán de gran utilidad en la guía del tratamiento.

Los cuadros afásicos se presentaron con mayor frecuencia en hombres (70.8%), lo cual coincide con los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas por Pedersen, et. al (1995); y por Goodglas y Kaplan (1986) en población Española. El cuadro de afasia global fue el de mayor presencia en el estudio (45%), lo cual concuerda con otras investigaciones como las realizadas en nuestro país por Arboleda, Pineda, Lopera, Villa y Sánchez (2001), y en España por Goodglas y Kaplan (1986).

En el estudio, la etiología que ocasiona el trastorno afásico con mayor frecuencia, la conforman las enfermedades cerebro vasculares (58.7%),

lo cual se relaciona con los estudios realizados en Copenhague, por Pedersen, et. al. (1995); en Colombia por Lopera, et. al. (1985), y por Kuryzke (1985), quienes afirman que las afasias son causadas por accidentes cerebro vasculares en un 75% de los casos. El sitio de la lesión más frecuente en el estudio es el anteroposterior (41.7%) lo cual se relaciona con el estudio de Arboleda, Pineda, Lopera, Villa y Sánchez (2001) en donde se determinó que el sitio de la lesión más frecuente fue el frontotemporoparietal.

El grado de escolaridad alcanzado por los pacientes que conformaron la muestra, se ubicó en los niveles de básica primaria y bachillerato, datos que se correlacionan con el estudio realizado por Arboleda (2001), quien encontró que el nivel de escolaridad alcanzado en un 75% de la población, corresponde a una escolaridad entre 1 a 9 años. Lopera, et. al (1985) determinaron que el rendimiento escolar en la población era bajo y solo el 57% de la población alcanzó niveles de primaria y bachillerato.

En los cuadros afásicos encontrados en la población evaluada se observó que los que tienen mayor compromiso en cuanto a sitio y extensión de la lesión, son los que van a presentar una disminución funcional en la comunicación verbal y escrita, como se corroboró en las afasias mixta y global, lo cual concuerda con lo planteado por Goodglas y Kaplan (1986), quienes afirman que de acuerdo con el mayor o menor compromiso en el sistema nervioso central, se reflejará en la producción del habla y que todos los aspectos del lenguaje estarán tan severamente alterados que no existe diferencia entre componentes preservados y alterados. Adicionalmente, Montañés (1987), desde una perspectiva psicolingüística, concluye que en este tipo de afasia, se alteran todos los niveles y funciones del lenguaje. Echeandía, Perea y Olmedilla (2006) caracterizan la afasia global como una incapacidad total para evocar y pronunciar palabras, con afección severa de la comprensión, alexia, agrafia y apraxia.

Se comprobó además, que no solo el aspecto de severidad y extensión de la lesión determinan las manifestaciones dramáticas del cuadro afásico sino que hay una gran influencia en las variables socioculturales e intelectuales, ya que el 58.3% de la población evaluada realizaba actividades relacionadas con el hogar o como operarias, el 87.5% pertenecía a un estrato bajo y el 66.7% tenían una escolaridad básica. Esto puede generar un grado mayor de discapacidad en función al bienestar personal y la calidad de vida del paciente. Lecours, Peña, Dieguez y Ardila (1995), afirman que, “desde el punto de vista cultural, los pacientes afásicos de una determinada comunidad son diferentes a los de cualquier otra, esto estaría determinado por las estructuras sociales y a las condiciones geohistóricas”, también se resaltaron otros aspectos como son antecedentes laborales, de salud ambiental, no solo del trabajo sino de su hogar y que pueden influir en el trastorno.

Se confirmó en el presente estudio, que no solo con la aplicación de las 28 subpruebas que conforman el test para el diagnóstico de la afasia se pueden clasificar los diferentes síndromes, sino que desde las características de la producción del habla y de la comprensión auditiva de cada uno de los pacientes evaluados se observa un aspecto distinto de las diversas afasias, como lo afirman Goodglass y Kaplan (1986) y Gervasio (2001).

Así mismo, aplicar la prueba Boston para el diagnóstico de las afasias, permitió agrupar a la población evaluada en seis tipos de afasias diferentes, 11 sujetos en un tipo de afasia donde todos los aspectos del lenguaje están severamente alterados, concordando con las descripciones de la afasia global (Goodglass y Kaplan 1986); en 5 pacientes los aspectos del lenguaje estaban alterados, pero con una comprensión auditiva superior al percentil 25, lo que permitió diagnosticarlos con afasias mixtas (Goodglass y Kaplan 1986).

En otros dos pacientes se observó fluidez baja, comprensión relativamente normal, con aspec-

tos expresivos alterados (repetición – denominación), lo cual coincide con afasia de Broca (Goodglass y Kaplan 1986), otros 4 pacientes presentan las mismas características de los paciente con afasia de Broca, solo que la repetición estaba preservada, permitiendo agruparlos con el diagnóstico de afasia transcortical motora (Goodglass y Kaplan 1986). Los dos casos restantes presentaban un habla muy fluida, con ausencia de parafasias, pero en uno de los casos se notó dificultades en la comprensión auditiva, lo que permitió identificar un paciente con afasia anómica y al otro con Wernicke, respectivamente (Goodglass y Kaplan 1986).

Finalmente, se realizó un análisis lingüístico que permitió determinar el número de elementos que formaron parte del discurso de los pacientes afásicos, y se encontraron amplias diferencias entre los mismos, en la utilización de sustantivos, verbos, adjetivos, adverbios, conectores, artículos, pronombres; siendo los sustantivos los más fáciles de reconocer, leer en voz alta y repetir por los pacientes, esto se correlaciona con lo planteado por Mihailescu, Weigl y Kreindler (1972), quienes afirman que “*los afásicos encuentran más fáciles los sustantivos que las palabras gramaticales*”.

CONCLUSIONES

Se encontraron modificaciones en todas las puntuaciones del Test de Boston, con un bajo contenido verbal atribuible a las variables que intervienen como lugar y extensión de la lesión, género, escolaridad, estrato socioeconómico y edad.

El nivel socioeconómico y la escolaridad determinaron una versatilidad significativa en la ejecución de las actividades.

La afasia de mayor frecuencia fue la global, lo cual fue consecuente con el lugar y extensión de la lesión, viéndose reflejada en las características del lenguaje.

En la muestra predominó el género masculino, concordando con la etiología de mayor incidencia (accidentes cerebro vasculares), presente en un gran porcentaje de hombres.

En todos los pacientes se observó un alto predominio de conservación de habilidades rítmicas y cantadas.

En todos los tipos de afasia, las características lingüísticas, visomotoras y gnósicas de los pacientes se encontraron alteradas, guardando correspondencia con el lugar y extensión de la lesión.

Este estudio se clasificó como de mínimo riesgo para sus participantes y respetó todos los procedimientos éticos establecidos en la Ley 376 de 1997 en Colombia, código de ética profesional de Fonoaudiología y la Resolución N° 008430 de 1993 título II de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Así mismo se estableció que no hubo conflicto de intereses para la publicación de la presente investigación.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más profundo y sincero agradecimiento a quienes colaboraron en la realización del presente trabajo: María Gladys Romero, Daniel Camilo Aguirre y Hernando Castaño, pacientes y sus familiares.

REFERENCIAS

- Arboleda, A., Pineda, D., Lopera, F., Villa, L y Sánchez, P (2001). Aplicación de la Prueba de Boston – versión Colombiana- en pacientes Afásicos por enfermedad cerebro vascular. *Revista Neuropsicológica*, 3, 197- 209.
- Arboleda, A., Pineda, D., Lopera, F., Villa, L; Sánchez, P (2001). Aplicación de la Prueba de Boston – versión Colombiana- en pacientes Afásicos por enfermedad cerebro vascular. Tesis de Maestría en Neuropsicología. Universidad San Buenaventura, Medellín.
- Basso A., Della Sala S. & Farabola M. (1987). Aphasia arising from purely deep lesions. *Cortex*. 23,29-44.
- Brust, J., Shafer, S., Richter, R., y Brun, B. (1976). Aphasia in acute stroke. *Stroke*, 7, 167 – 174.
- De Renzi E., Faglioni P. y Ferrari P. (1980). The influence of sex and age on the incidence and type of aphasia. *Cortex*. 16, 627.630.
- Echeandía , A., Perea, B. y Olmedilla, N., (2006). Afasia global por afectación subcortical predominante. Recuperado el 16 de mayo de 2006, <http://Cechevarriaa@medynet.com>
- Eslinger PJ. & Damasio AR. (1981). Age and type of aphasia in patients with stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 44, 377-381.
- Fernández, M.; Ruiz, J.M.; López, J.A.; Llanero, M.; Montenegro, M. y Montejo, P. (2012). Nueva versión reducida del test de denominación de Boston para mayores de 65 años. *Rev. Neurol*:55;399-407
- Gervasio, G. (2001). Los cuatro pilares del trabajo autónomo. Ponencia en el V congreso de las Americas. Quito - Julio
- Geschwind, N., Quadfasel, F., y Segarra. (1968). *IsolatioThe assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Goodglass, H. y Kaplan, E. (1974). *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Goodglass, H. y Kaplan, E. (1983). *Boston Naming Test*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (1986). *La evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. México: Editorial Médica Panamericana. S.A
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (2005). *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Granados, J. et. al. (2002). Lesiones corticales y subcorticales en 31 pacientes con syndromes afásicos: *Boletín médico de postgrado*. Vol.XVIII N°1 enero – marzo 2002.
- Kertesz, A. (1981). *Western Aphasia Battery*. New York: Grune and Stratton.
- Kuryzke, L. (1985) *Epidemiology of cerebral vascular disease*. In McDowell y Caplan. *Cerebral vascular survey report the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke*. (Revised 1985). Whiting Press, Rochester MN.
- Lecours, A., Peña-Casanova. J.,Dieguez-Vide, F. y Ardila, A. (1995). *Paralexias y paragrafias*. En :

- A.R. Leucours, J. Peña-Casanova & F. Dieguez-Vide, Dislexias y disgrafías: Teoría, formas clínicas y exploración. Barcelona: Masson.
- Lopera, F., y Ardila, A. (1985). Prosopamnesia and visulimbic disconnection syndrome. *Neuropsychology*, 6, 3-12
- Luria, A.R. (1977). Las funciones corticales superiores del hombre.
- Mihailescu, Weigl, E. y Kreindler A. (1992) Beitrage zur auffassung gewisser aphasische storungen als blockierungerscheinungen. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für die gesamte Neurologie* 200 306-323
- Montañez, P. (1987). Los síndromes afásicos. En: el lenguaje Fundamentos de Neurolingüística (Bustamante, Lopera & Rojas) Medellín. Editorial Prensa creativa.
- Pedersen, P. et. al. (1995). Aphasia in acute stroke: incidence, determinants and recovery. *Annals of Neurology*. 38: 659-666.
- Rado, J. (2006). Adaptación del test de Boston a la población Afásica que acude al IRN. Tesis de maestría. Centro Peruano de audición y lenguaje, Lima.
- Rosso, C; Vargas, P; Valabrèque, R; Arbizu, C; Leger, A; Lehericy, S; Samson, Y. (2014) Severidad de la afasia en pacientes con accidente cerebrovascular crónico. *Neurorehabil Neural Repair*.
- Scarpa M., Colombo A., Sorgato P. y De Renzi E. (1987). The incidence of aphasia and global aphasia in left brain- damaged patients. *Cortex*. 23, 331-336.
- Szelies B., Herholz K. y Heiss WD. (1991). Impairment of lenguaje is related to left parieto-temporal glucose metabolism in aphasic stroke patients. *J Neurol* 231 19-21.