



**MÁSTER EN ESTUDIOS AVANZADOS SOBRE EL LENGUAJE,
LA COMUNICACIÓN Y SUS PATOLOGÍAS**

Trabajo Fin de Máster

Evaluación del lenguaje y propuesta de intervención en un paciente con ictus

Autor/es

Pilar Lucía Navarro Pardo

Director/es

Nieves Moyano Muñoz


Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación-Huesca

2016-2017

Declaración de autoría

Declaro que he redactado el trabajo “Evaluación del lenguaje y propuesta de intervención en un paciente con ictus” para la asignatura de Trabajo de Fin de Máster en el curso académico 2016/2017 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

Firma:



1. Índice

1. Índice.....	2
2. Resumen.....	3
3. Introducción.....	4
3.1. Enfoque clásico de la afasia	11
3.2. Nueva clasificación de la afasia.....	14
4. Método	15
4.1. Unidad de análisis	15
4.2. Instrumentos	16
Mini-Mental	16
Test de Boston.....	17
4.3. Procedimiento.....	20
5. Resultados	21
6. Propuesta de intervención	25
7. Discusión.....	29
8. Bibliografía.....	33
9. Anexos	38
9.1. Anexo I.....	38
9.2. Anexo II.....	47
9.3. Anexo III	60

2. Resumen

En el presente estudio, el objetivo principal fue realizar una evaluación sobre la capacidad del lenguaje de un paciente de 60 años, tras haber sufrido un accidente cerebrovascular con la edad de 51 años. Tras llevar a cabo la evaluación con dos instrumentos, Test Boston y la prueba Mini-Mental, se observa en los resultados cuáles son las áreas del lenguaje más dañadas, comprensión auditiva, escritura, comprensión del lenguaje escrito, música y lectura. Sin embargo la repetición y la fluidez son las áreas menos perjudicadas. Considerando los resultados se plantea una propuesta de intervención que pueda resultar de utilidad para pacientes con afasia cuyo objetivo es: mejorar las áreas de comprensión, así como la de lectura y escritura, junto con la música. Para la realización de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica sobre el ictus, la afasia, los tipos y enfoques sobre la misma, qué tipos de intervención y rehabilitación se pueden llevar a cabo con pacientes que sufren este trastorno y así poder mejorar su calidad de vida. Se discute la relevancia de desarrollar propuestas de intervención individualizadas.

Palabras clave: ictus, afasia, Test de Boston, Mini-Mental, intervención.

In the present study, the main objective was to evaluate the language skills of a 60 years old-patient, who suffered a stroke at the age of 51 years. After conducting the evaluation with two measures, the Boston Test and the Mini-Mental Test, the results show the most damaged areas, which are, listening skills, writing, comprehension, music, and reading. However, repetition and fluency are the least affected. With these results, a proposal to intervention is created to be useful for patients with aphasia which aims are: improve the areas of comprehension, as well as reading and writing, with the music. To develop this work, it was necessary to review the literature topics, such as stroke, aphasia, types and approaches on the same, what types of intervention and rehabilitation can be carried out with patients who suffer from this disorder to improve their quality of life. We discuss the relevance to develop intervention proposals adjusted to each patient.

Key Words: ictus, aphasia, Boston Test, Mini-Mental, intervention.

3. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), cada año, mueren aproximadamente 56 millones de personas. De éstas, 17,5 millones mueren a causa de una enfermedad cardiovascular, entre las que se encuentran 6,7 millones que mueren por accidentes cerebrovasculares (ACV), entre ellos el ictus. El ictus supone la segunda causa de muerte en España, aunque este no aparece en el mismo porcentaje en hombres y en mujeres. El 58% de las personas que fallecen por ictus son mujeres, mientras que en hombres el porcentaje es menor, 42%. En mujeres, supone la primera causa de mortalidad, y la tercera en los hombres.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) junto con las estimaciones de población actual, recogieron en el año 2006, datos sobre la Comunidad Autónoma de Aragón respecto a la mortalidad por enfermedades cerebrovascular o ACV. De estos datos se puede concluir que el riesgo o probabilidad de morir por enfermedad cerebrovascular en esta comunidad autónoma es superior a otras comunidades como, Extremadura, Navarra o Canarias. El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón indican que, según las tasas de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), a grandes rasgos, la pérdida de años potenciales en mujeres es mayor en Aragón que en la media del país. Además, la probabilidad de morir por ACV, difiere en hombres y mujeres según la provincia en la que se encuentran. Las mujeres tienen mayor riesgo en Huesca y Zaragoza. En Aragón se producen cerca de 3.000 ictus al año, y más de 6.000 aragoneses siguen padeciendo sus secuelas, las cuales les limitan en su vida diaria.

Después de conocer cómo afecta el ACV a nuestro entorno, se procede a definir qué es un ictus, partiendo de las definiciones que ofrecen Helm-Estabrooks y Albert (2005): este “es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También es conocido como embolia o trombosis, aunque estos dos términos se refieren más bien a las causas del ictus” (pp. 35-37).

Siguiendo el diccionario médico de la Universidad de Navarra, el ictus es causado por la rotura o taponamiento de un vaso sanguíneo, el cual lleva sangre al cerebro. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre que necesita. La consecuencia es que las células nerviosas del área del cerebro afectada dejan de recibir oxígeno, por lo que no puede funcionar y mueren transcurridos unos

minutos. Los síntomas dependerán del área afectada del cerebro, ya que cada región tiene su función.

Según varios autores, entre ellos, Díez-Tejedor, Del Brutto, Álvarez-Sabín, Muñoz y Abiusi (2001) existen **dos tipos de ictus**:

Ictus isquémico: la obstrucción de los vasos ocurre en el interior de estos. Los coágulos que se forman, se denominan trombos cerebrales o embolia cerebral. Este tipo de ictus es el más frecuente de todos, corresponde al 80% de los ictus. Este problema se suele producir por el desarrollo de depósitos de grasa en los muros del vaso. Existen además distintos tipos de ictus isquémicos:

- **Ataque isquémico transitorio (AIT)**: presenta unos síntomas similares a los de un infarto, pero este es mucho más corto, aproximadamente menos de 2 horas, y no muestra las consecuencias propias de este. El AIT es un episodio de déficit neurológico.
- **Infarto cerebral**: este deja una lesión cerebral permanente.

Ictus hemorrágico: en este tipo de ictus el vaso sanguíneo se rompe, porque es muy débil, lo que provoca que la sangre irrumpa en el cerebro. Cuando la sangre entra, comprime el tejido cerebral. Las hemorragias cerebrales causan el 15% de todos los ictus y presentan una tasa de mortalidad del 45%.

Muchos son los factores que pueden aumentar las posibilidades de padecer un riesgo más alto de sufrir un ictus, estos factores se pueden **dividir en dos**:

- **Factores de riesgo no modificables**: factores genéticos, edad, sexo, raza... este tipo de factores permiten reconocer a las personas que presentan mayor posibilidad de sufrir este tipo de enfermedad.
- **Factores de riesgo modificables**: se puede hablar de hipertensión arterial, diabetes mellitus, el tabaquismo, el alcoholismo, obesidad, drogas, inactividad física... Estos pueden ser contrarrestados, y por lo tanto, pueden ayudar a prevenir las enfermedades cardiovasculares.

Según el Observatorio del Ictus, es fundamental la detección precoz de este, para poder así diagnosticar qué tipo de accidente cerebrovascular es, y administrar el

tratamiento lo antes posible. Tratar cuanto antes a una persona que sufre este tipo de accidente es esencial, ya que se puede reducir al máximo sus secuelas y la mortalidad.

Según Martínez y Moreno (2015), existen ciertas **señales de alarma**, que pueden guiar a las personas para lograr una atención sanitaria lo más rápida posible:

1. Pérdida de fuerza en la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.
2. Trastornos de la sensibilidad, sensación de “acorchamiento u hormigueo” de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.
3. Pérdida súbita de la visión parcial o total, en uno o ambos ojos.
4. Alteración repentina del habla, dificultad para expresarse, lenguaje que nos cuesta articular y ser entendido por quien lo escucha.
5. Dolor de cabeza de inicio súbito, de intensidad inhabitual y sin causa aparente.
6. Sensación de vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas inexplicadas, si se acompañan de cualquiera de los síntomas descritos con anterioridad.

Para que el paciente tenga más probabilidades de recuperarse y de tener menos secuelas, se necesita una intervención rápida. Las primeras tres horas desde el inicio de los síntomas son claves para poder conseguirlo.

Los pacientes que han sufrido un ictus, en la mayoría de los casos, experimentan una gran variedad de complicaciones y limitaciones, que pueden llegar a dificultar la recuperación óptima, y además estas limitaciones pueden acompañarlos el resto de su vida. Según el Ministerio de Sanidad (2009), Entre **las secuelas más frecuentes**, podemos hablar de: déficit motores totales o parciales, alteraciones sensitivas, alteraciones en el lenguaje, ausencia de conciencia del problema.

Alteraciones motoras: tras un ictus el paciente puede sufrir secuelas como la falta de coordinación, pérdida de control y/o debilidad, pérdida de algunos movimientos, alteraciones en la motricidad fina y gruesa, la marcha...entre otros.

Alteraciones sensitivas: pueden aparecer ausencias en alguna región del cuerpo, e incluso se puede llegar a perder la funcionalidad de algunos de los sentidos.

Probablemente esta gravedad esté asociada al déficit motor, por lo que no se puede trabajar de manera aislada.

Alteraciones del lenguaje: los problemas del lenguaje causados por un ACV se denomina afasias. Las personas que la sufren pueden perder la capacidad de habla y de comprensión. También puede verse deteriorada la lectura y escritura, la capacidad de repetir el lenguaje, etc.

Ausencia de conciencia del problema: en ocasiones los pacientes que han sufrido un ictus no son conscientes del problema y de las limitaciones que sufren, por lo que la rehabilitación puede ser más duradera y costosa.

Además de estas secuelas, los pacientes muestran una serie de **reacciones emocionales**, de respuestas afectivas ante la incertidumbre sobre cómo va a ser su futuro a partir de ese momento. En la mayoría de los casos, los pacientes sienten la pérdida de su vida anterior, experimentan sentimientos de fracaso, los cuales pueden agudizarse o disminuir en función de la etapa de aceptación en la que se encuentre.

Teniendo en cuenta el libro *How to conquer the world with one hand...and an attitude* de Berger y Mensh (2002), donde se relatan las experiencias y la recuperación de un joven que ha sufrido un ictus, y siguiendo a otros autores como Paván Martínez (2008), se pueden proponer como reacciones más comunes ante un ictus, las siguientes:

Se puede hablar de **negación**, el paciente rechaza su nueva situación, no es capaz de tomar conciencia sobre su estado actual, sobre sus límites físicos y psicológicos. Esta negación es considerada como una defensa hacia una futura **depresión**. También es importante, hacer referencia al **enojo**, ya que es parte primordial del proceso de duelo ante la pérdida. En esta etapa, los pacientes se irritan con facilidad, se enfadan con ellos mismos ante la impotencia que sienten, se enojan con los demás por su rechazo e incompreensión, etc.

Es necesario, además, hablar del sentimiento de **culpa**, que no solo se presenta en el paciente, también en sus familiares, ya que en ocasiones, las familias creen que los ACV son causados por situaciones de estrés, de sobrecarga con temas familiares. Todas estas emociones hacen que el paciente sienta **angustia y ansiedad**, ante el temor e incertidumbre que le depara su futuro.

Llegado a este punto y atendiendo a las reacciones más comunes ante la enfermedad, cabe plantearse una pregunta, ¿Qué calidad de vida tiene una persona tras sufrir un ictus? El grupo de calidad de vida (CV) de la OMS, define la CV como la percepción que las personas tienen de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales viven y en relación con sus objetivos, esperanzas e intereses.

Siguiendo a Townend, Brady y McLaughlan, en su revisión “*Exclusion and inclusion for people with aphasia in studies of depression after stroke: a systematic review and future recommendation*” (2007), concluyen que un tercio de las personas que han sufrido un ictus, sufren al mismo tiempo depresión, lo cual es una porción similar a las que sufren afasia por ACV. Las investigaciones que se llevan a cabo sobre la CV en el ictus son útiles para poder comprender las reacciones de los pacientes antes su enfermedad, al mismo tiempo, que sirven para evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas.

Por otro lado, existen varios instrumentos y escalas para evaluar cuál es la CV tras sufrir un ictus y según Carod-Artal, en varios artículos y en su revisión “*Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en un ictus*” (2004) por lo general, los instrumentos son escasos, no están completos y, en ocasiones, no tienen una metodología propia para individuos que han sufrido un ictus. Además, estos no son eficaces para evaluar cambios en las enfermedades específicas. Por todo ello, es necesario que se desarrollen instrumentos específicos de CV en el ictus. Aunque los instrumentos existentes no sean suficientes, se pueden obtener resultados de los diversos estudios que se han realizado. De estos, el autor concluye que, los aspectos más pobres de CV de los supervivientes de un ictus son: la presencia de depresión post-ictus, la disfunción sexual, el grado de incapacidad, las afasias graves, una relación social insuficiente y un estado cognitivo dañado. Sin embargo, como se puede comprobar, aunque existen diversos estudios sobre la CV en personas que sufren afasia, Hilari, Needle y Harrison (2012), afirman que estos en su totalidad no son concluyentes, ya que para afirmar como es la CV en pacientes con ictus se necesitan muchos más estudios longitudinales sobre los posibles factores que aparecen después de sufrir un ictus.

A lo largo de la historia se han ofrecido diferentes definiciones para el concepto afasia, al igual que se han planteado numerosas hipótesis acerca de su naturaleza.

Actualmente se busca una definición completa que incluya diferentes puntos de vista, como son el neurológico y el lingüístico. Esto permite abordar el problema de manera más interdisciplinar. Siguiendo estos dos puntos de vista, y las definiciones de diferentes autores como Crystal (1993) y Nicolosi, Harryman y Kresheck (2004), se puede decir que la afasia es una alteración en el lenguaje, causada por un daño cerebral, que puede afectar a diferentes niveles de descripción lingüística, y no solo en la expresión, sino también en la comprensión oral y escrita. Los niveles que pueden verse afectados son: morfológico, fonológico, sintáctico, semántico, discursivo, pragmático, fonético, lexical. Siguiendo las áreas deficitarias recogidas por Goodglass y Kaplan (1986), se procede a mencionar todas las áreas que pueden ser deficitarias.

Articulación: los pacientes que sufren graves trastornos articulatorios, son incapaces de producir voluntariamente sonidos simples. En una forma algo más leve, el paciente puede ser ayudado, gracias a la imitación, pero esto no quiere decir que su articulación no se produzca sin distorsiones de los sonidos, sobre todo los más difíciles.

Pérdida de fluidez verbal: se suele relacionar la capacidad para producir palabras en secuencias conectadas con la facilidad de articular, pero no siempre existe esta conexión. A la hora de evaluar la fluidez, es mejor hacerlo durante la conversación y la narración libre, para poder evaluar la producción hablada.

Dificultad para encontrar palabras: la mayoría de los pacientes afásicos padecen alguna restricción en el repertorio de palabras que disponen para hablar, y por ello necesitan más tiempo para poder producirlas. Estos pacientes, muestran la incapacidad de nombrar objetos frecuentes, que se usan en la vida cotidiana. Es importante hablar de la anomia, esta es la dificultad para encontrar palabras. Los pacientes con anomia tienen un discurso vacío, no son capaces de transmitir un significado, ya que les faltan palabras para lograrlo.

Repetición: los pacientes con afasia, pueden presentar tres tipos distintos de repetición. El primero de ellos, está relacionado con el fracaso a la hora de comprender los sonidos, al no reconocerlos y entenderlos, no es capaz de repetirlos. En segundo lugar, el paciente posee la capacidad de comprender el significado de la palabra o de la oración, pero fracasa en el nivel de articulación. Y en último lugar, los pacientes

muestran un habla fluida, con comprensión de los mensajes, pero de manera extraordinaria, son incapaces de repetir lo que han oído.

Habla seriada: independientemente del tipo de afasia que los pacientes muestren, se ha observado que a la hora de recitar secuencias memorizadas, como los días de la semana, los meses, o las estaciones, las personas afásicas muestran problemas a la hora de recitarlo.

Pérdida de la gramática y la sintaxis: los ACV causan lesiones en el cerebro, lo que conlleva, en la mayoría de los casos a tener pacientes que muestran un habla de tipo telegráfica (omiten artículos, preposiciones, conjunciones, verbos auxiliares...) o agramática (los pacientes yuxtaponen sustantivos y verbos a la hora de transmitir un mensaje).

Parafasia: consiste en la producción de sílabas, palabras o frases sin intención. A la hora de hablar, invierte palabras que guardan relación entre ellas, por ejemplo, en vez de decir primavera, dice verano.

Comprensión auditiva: esta área puede verse afectada de diversas formas, con distintos grados de severidad al respecto. Si esta está muy dañada, puede ser que el paciente sufra “sordera de palabras”, en las que el paciente reacciona como si no hubiera escuchado lo que se le dicen, o solo se hubiera enterado por fragmentos. Si esta comprensión auditiva, no está totalmente dañada, que el paciente escuche y entienda lo que se le dice, puede depender de la familiaridad de las palabras, de su longitud y de su simplicidad intelectual.

Lectura: se suele relacionar la capacidad auditiva con la capacidad de leer, pero es posible que la lectura sea totalmente autónoma de la comprensión auditiva. Existen pacientes que después de sufrir un ACV, pierden las reglas de conversión grafema-fonema, es decir, estos pacientes presentan una pérdida de la capacidad para aplicar reglas fonéticas y deducir el sonido a partir del deletreo.

Escritura: a la hora de evaluar las distintas modalidades del lenguaje, la escritura es la más compleja de todas, ya que presenta muchas dimensiones. En el rendimiento de los afásicos, la escritura guarda una estrecha relación con la capacidad para hablar, por lo

que se puede afirmar que, la capacidad para escribir puede aproximarse a la de hablar, pero rara vez puede superarla.

Al profundizar en el tema de la afasia, de sus causas y de sus posibles trastornos posteriores, encontramos un gran problema o un gran obstáculo, existen diversos tipos de clasificaciones de la afasia. Existe un enfoque clásico, según el cual dos personas con el mismo tipo de afasia, presentarían los mismos síntomas psicolingüísticos, pero al tratar con pacientes afásicos, esta teoría se derrumba, ya que cada paciente tiene sus propias características. Siguiendo en el enfoque clásico, se puede hablar de ocho tipos de afasia distintos, que se detallan a continuación.

3.1 Enfoque clásico de la afasia

Uno de los autores partidarios de un enfoque clásico de la afasia era Luria, el cual pertenecía al modelo de procesos. Este autor decía que en la afasia se altera la capacidad de transformar el lenguaje en pensamiento y, al mismo tiempo, el pensamiento el lenguaje (1980). Además se debe hablar del modelo neoconexionista, llevado a cabo entre otros, por Norman Geschwind. Este autor destacó por su trabajo realizado, el cual no solo se centró en la investigación clínica, también en la reflexión teórica y la revisión histórica acerca de la relación existente entre el lenguaje y el cerebro. Esta clasificación, se centra en la ausencia o presencia de cuatro signos (fluidez en la expresión, denominación, comprensión y capacidad de repetición). Esta clasificación, es la que más se utiliza en el momento, y por lo tanto, la seleccionada para este presente estudio. Se pueden encontrar 8 tipos de afasia, los cuales se clasifican en:

Afasia global: la lesión en este tipo de afasia se encuentra en el área del lenguaje. Dentro de sus características principales podemos hablar de una pérdida completa o casi completa de todos los aspectos del lenguaje (expresión, comprensión, lectura y escritura). Se observa una ausencia de cualquier intención de comunicación con el entorno, incluso bajo la urgencia de necesidades básicas. La comprensión, aun estando afectada, se encuentra mucho mejor que la expresión. Siempre va acompañada de trastornos asociados, como la hemiplejía derecha, alteraciones sensitivas visuo-perceptuales y apraxia izquierda.

Afasia de Broca: el área de Broca está situada en el Lóbulo Frontal, por lo que ahí se encuentra la lesión. En este tipo de afasia, el lenguaje es poco fluido, pobre y

telegráfico (utiliza palabras sueltas y frases cortas). En este caso, la comprensión es mucho mejor que la expresión, pero la lectura y escritura están tan alteradas como el lenguaje espontáneo. Esta lesión suele llevar asociada una hemiplejía del lado derecho.

Afasia motora transcortical: la lesión se encuentra en zonas que aíslan las áreas del lenguaje del resto de la corteza cerebral. Dentro de los aspectos del lenguaje más dañados, se puede hablar de una reducción importante del lenguaje espontáneo. La lectura es casi normal y a escritura presenta dificultades en la ejecución del trazo debido a los problemas motores asociados. Esta lesión, suele llevar asociada una hemiplejía o una hemiparesia del lado derecho.

Afasia mixta transcortical: en este caso, la lesión se encuentra en la misma zona que la anterior, pero existe una grave alteración del lenguaje tanto a nivel expresivo como comprensivo, al igual que en la lectura y escritura. El lenguaje espontáneo carece de fluidez y puede quedar reducido a ecolalia. Como en los demás tipos de afasia, está acompañada de trastornos asociados.

Afasia de Wernicke, sensorial o receptiva: la lesión se encuentra en el área de Wernicke, es decir, en el área sensorial del lenguaje, la cual está situada en el Lóbulo Témpero-Parietal. El lenguaje es espontáneo, fluido, abundante, los que la padecen, agregan palabras innecesarias e incluso llegan a crear palabras nuevas. Cambian unas palabras por otras, tienen una mala comprensión en la lectura y muestran una jerga gráfica en la escritura.

Afasia sensorial transcortical: la lesión se localiza en zonas que aíslan las áreas del lenguaje del resto de la corteza cerebral. El lenguaje, en este caso, es fluido, aunque desprovisto de sentido. Presenta paráfrasis y neologismos, además de tener una comprensión muy limitada, comprenden mejor las palabras si van incluidas dentro de una frase. La escritura y la lectura también están alteradas.

Afasia de conducción: la lesión se encuentra en zonas que conectan las áreas receptoras y motoras del lenguaje. La principal característica es la incapacidad para repetir. El lenguaje espontáneo presenta pausas, vacilaciones, conductas de aproximación de autocorrección para intentar encontrar la palabra adecuada. Mientras que la comprensión está conservada, la lectura en voz alta y la escritura están afectadas.

Afasia anómica: la lesión está en las circunvoluciones Temporales. El lenguaje que se usa es fluente, bien articulado y gramaticalmente correcto, aunque se utilizan circunloquios para encontrar la palabra exacta. La comprensión y la lectura son normales, y la escritura va acompañada de anomia. En este caso, no aparecen trastornos asociados.

En la Tabla 1, se resumen los tipos de afasia según la clasificación del modelo neoconexionista, encabezado por Norman Geschwind. En concreto, se recogen las áreas que están y las que no están dañadas, dependiendo del tipo de afasia que presenta el paciente. Este enfoque clásico, está perdiendo protagonismo, debido, entre otros aspectos, a los avances en las investigaciones científicas y en la tecnología.

Tabla 1. Tipos de afasia según clasificación del modelo neoconexionista. Información extraída de Afasia. De la teoría a la práctica (2012).

Tipos de afasia	Fluidez	Repetición	Comprensión	Denominación
Global	-	-	-	-
Broca	-	-	+	-
Motora transcortical	-	+	+	-
Mixta transcortical	-	+	-	-
Wernicke	+	-	-	-
Sensorial transcortical	+	+	-	-
Conducción	+	-	+	-
Anómica	+	+	+	-

Nota. Los signos + y - indican qué habilidad está mayormente preservada o alterada respectivamente

3.2 Nueva clasificación de la afasia

Se debe hacer referencia en este apartado a los trabajos publicados recientemente por Ardila (2006), en los que establece una distinción entre las afasias primarias o centrales, lo que se conocería por tres subtipos de afasia de Wernicke y afasias de Broca, en las que la alteración se encuentra en el sistema lingüístico. Las afasias secundarias o periféricas, conocidas como, afasia de conducción y afasia del área motora suplementaria, donde los trastornos se encuentran en los mecanismos de producción. Por último, la afasia disejcutiva, donde la alteración se encuentra en el control ejecutivo del lenguaje.

Este nuevo tipo de clasificación, se aleja cada vez más del enfoque clásico, pero sigue manteniendo sus características principales. Esta clasificación clásica ha sido muy útil durante todo este tiempo para la práctica clínica, pero hoy en día, surgen problemas, ya que este sistema no tiene en cuenta los distintos tipos de pacientes que sufren más trastornos, de los ya mencionados. La nueva línea de estudio que se plantea, está relacionada con la perspectiva cognitiva y neuropsicológica, ya que esta proporciona un nivel de análisis mucho más estrecho. En esta disciplina, llamada “ciencia de la mente” (Stilling et al., 1995), se integran investigadores de las áreas de psicología, lingüística, filosofía, informática y neurociencia. El objetivo principal de todos estos investigadores es, entender la percepción, la atención, el pensamiento, la memoria, el lenguaje, el aprendizaje, la conciencia y otros fenómenos mentales.

Según McCloskey (2001), hay tres objetivos fundamentales: “a) comprender la estructura y el funcionamiento de los sistemas cognoscitivos en ausencia de patologías b) establecer la localización de las funciones en el cerebro c) analizar las alteraciones en los diferentes procesamientos con el fin de mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.” (pp. 593-610).

Esta nueva vía, asienta sus principios y características en la obra de Ellis y Young (2013). Siguiendo esta obra, y a otros autores, como Peña Casanova (1995), se puede decir, que desde este enfoque, lo que se pretende es analizar, tanto las áreas dañadas, como las que no, desde un modelo de procesamiento cognitivo del lenguaje normal (arquitecturas funcionales). Según este nuevo enfoque, lo que se consigue es explicar, no solo son los síndromes, sino también los síntomas de los pacientes de manera más

fina. Todas las investigaciones anteriores, sirven de apoyo a este nuevo enfoque, ya que utiliza los datos de los pacientes para poder poner a prueba la teoría que defiende.

Por estos recientes cambios dados en las diversas líneas de investigación relativas a la afasia y considerando que cada paciente con ictus puede verse afectado de modo diferente en la funcionalidad de cada área del lenguaje, es necesario la evaluación de cada paciente y examinar sus características en profundidad, planteando así intervenciones específicas y adaptadas a cada caso. Por ello el objetivo principal de este trabajo, es realizar una evaluación, para poder comprobar qué aspectos del lenguaje del paciente están más dañados, y así poder realizar, según los resultados, una propuesta de intervención adaptada al mismo.

4. Método

4.1. Unidad de análisis

El trabajo se centra en un paciente de 60 años de edad. Este paciente, en los sucesivos JM, sufrió hace 9 años, un ACV por un ictus isquémico, de tipo infarto cerebral, por el cual después, se le diagnóstico, entre otros trastornos, la afasia.

El paciente era médico carcelario. Sufrió el ictus en casa y fue rápidamente atendido por los servicios médicos de su pueblo, y a continuación fue trasladado en helicóptero al hospital Miguel Servet en Zaragoza. El ictus que sufrió fue un ictus masivo, pero el hemisferio izquierdo del cerebro se vio más afectado que el hemisferio derecho, de ahí que sufra mayores problemas motores en su mitad derecha del cuerpo. El paciente estuvo ingresado en el hospital aproximadamente 3 meses, donde recibió sus primeras sesiones de rehabilitación.

Cuando el paciente despertó, había perdido totalmente el habla y la capacidad de moverse por sí solo. A la llegada a Huesca, fue derivado al Hospital Provincial, donde continuó con la rehabilitación motora y lingüística. Poco a poco fue mejorando en todos los aspectos, empezó a comer de manera autónoma, daba sus primeros pasos sin ayuda y su balbuceo comenzó a desaparecer.

Además de todas las sesiones que recibía por parte de la seguridad social, acudía a distintos centros privados o a asociaciones que le ayudaban con su recuperación. El

paciente acudía a ATECA (Asociación Aragonesa de Daño Cerebral Adquirido), esta asociación ofrece la posibilidad de acudir a un centro de día, donde el principal objetivo es mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal. Mientras JM estaba ahí, realizaba varias actividades que se llevaban a cabo en distintos talleres, donde se complementaba el plan de tratamiento individualizado en las distintas áreas de trabajo.

Durante este periodo ha acudido de forma constante a sesiones de fisioterapia, y desde hace seis años en adelante acude a natación dos veces por semana. Estas sesiones, las realiza de manera privada e individualizada, debido a la planificación y singularidad del trabajo que se lleva a cabo, ya que este es específico para su sintomatología.

En cuanto a la logopedia, que es el tema principal que nos ocupa en este presente trabajo, ha recibido ayuda logopédica, tanto de manera pública como privada. Cuando recuperó un porcentaje considerable de su capacidad del lenguaje, dejó de acudir a sesiones de logopedia, pero seguía y sigue realizando las pautas y ejercicios que los logopedas le indicaron.

4.2. Instrumentos

Mini-Mental

Al evaluar al paciente, para poder comprobar cuáles eran las áreas más afectadas y dañadas, se procedió a evaluarle a través dos pruebas. La primera de ella fue, un examen cognoscitivo Mini-Mental, versión adaptada al español por Lobo, Escobar, Ezquerria y Seva Díaz, llevada a cabo en varios años, como en el 2002. El instrumento original es el Mini-Mental State Examination de Folstein, Folstein y McHugh publicado en 1975 y 2001. Esta prueba es una escala psicométrica breve, que requiere de aproximadamente 5-10 minutos, y que sirve para evaluar el estado cognitivo y su posible deterioro y así, poder vigilar la evolución en pacientes con alternaciones neurológicas. Esta prueba, es una herramienta de tamizaje, lo que nos permite sospechar déficit cognitivo, pero no permite detallar el dominio alterado, ni mucho menos, conocer la causa de éste.

El cuestionario consta de 30 preguntas, agrupadas en varias secciones, donde las **características que se evalúan** son: **1) Orientación espacio-temporal:** en esta sección el paciente debe responder a preguntas como “¿Qué fecha es hoy?” “¿En dónde estamos

ahora?”. **2) Registro:** se le enseñan al paciente 3 objetos (papel, bicicleta, cuchara) y él debe repetirlos. **3) Atención y cálculo:** por un lado se le pide que reste de 7 en 7 a partir del 100, y por otro que reste de 3 en 3 a partir del 20. **4) Lenguaje:** esta sección está formada por varias secciones. En la primera se le dan varias instrucciones al paciente para que este las siga, en la segunda se le da un letrero en el que pone “Cierre los ojos”, debe leerlo en voz baja y hacer lo que este le manda, y en la tercera al paciente debe escribir la frase que a él le apetezca. **5) Memoria diferida:** al igual que la sección anterior, está también formada por varias. En una el paciente debe recordar los 3 elementos que se le han mostrado anteriormente, en otra sección, debe copiar el dibujo que el examinador le da, en la tercera debe decir cuáles son los objetos que el examinador le muestra, y en la última sección el paciente debe repetir una frase que el examinador le dice (Anexo II).

Test de Boston

Este test, fue creado por Goodglass y Kaplan, pero ha tenido varias modificaciones y adaptaciones, ya que en el año 2000 se llevó a cabo la tercera edición. Para esta evaluación, hemos utilizado la versión española, realizada por García-Albea, Sánchez Bernardos y Viso Pabón, en 1996, con versiones posteriores.

Este test, está dirigido a la evaluación de la afasia, para poder comprobar las áreas más afectadas. Esta prueba fue desarrollada para poder evaluar la afasia como un análisis psicológico y como medida de las habilidades relacionadas de lenguaje, vinculando los síntomas con sus correlatos patológicos. Se diseñó con la intención de explorar todas las áreas del lenguaje teniendo en cuenta las respuestas del paciente tanto a nivel cualitativo, como cuantitativo. Está formado por diferentes escalas, las cuales están divididas, a su vez, en diferentes subescalas, lo cual ayuda a profundizar en el diagnóstico.

El test tiene tres objetivos principales, el primero de ellos, diagnosticar la presencia y el tipo de cuadro afásico que presenta el paciente, dando lugar a inferencias sobre la localización cerebral. El segundo, evaluar el nivel de rendimiento a lo largo de un amplio rango, tanto para la determinación inicial como para la detección del cambio en el tiempo. Y por último, y no menos importante, evaluar globalmente las dificultades y posibilidades del paciente en todas las áreas del lenguaje como guía para el tratamiento.

Para poder realizar el test, se necesitan varias láminas y tarjetas, 16 en total (Anexo I), en las cuales aparecen los objetos, letras, formas, números y acciones que el paciente debe señalar, leer o emparejar. También, hay láminas formadas por oraciones, párrafos que el paciente debe leer y completar.

La **primera escala** que se evalúa, es “**El habla de conversación y exposición**”, para ello es necesario mantener una conversación informal con el paciente, realizando distintas preguntas, para poder conseguir mayor variedad de respuestas. Algunas de las preguntas que se pueden realizar son “¿Cómo está usted hoy? ¿Cuál es su nombre completo?”

La **segunda escala** es “**Comprensión auditiva**”, esta escala se evalúa gracias a cuatro subescalas: **1) Discriminación de palabras:** el paciente, en varias láminas, debe señalar los dibujos o símbolos que se le pidan. Para evaluar a paciente se debe realizar una escala de severidad, que evalúa distintas características del habla. **2) Identificación de partes del cuerpo:** al igual que en la anterior subescala, al paciente se le pide que señale distintas partes de su cuerpo, para comprobar si es capaz de identificarlas, para más tarde pasar a la discriminación de derecha-izquierda, utilizando también las partes del cuerpo. **3) Ordenes:** el paciente debe llevar a cabo diferentes órdenes, como por ejemplo “Señale el techo; luego, al suelo”. Por cada acción realizada de manera correcta se le debe dar un punto. **4) Material ideativo complejo:** en esta subescala, se le realiza varias preguntas al paciente, si las contesta de manera acertada se le da un punto, además se le leen diferentes historias cortas, de las cuales también debe responder a varias preguntas, contestando siempre sí y no.

La **tercera escala** evalúa la “**Expresión oral**”, para ello se realizan distintas pruebas relacionadas con: **1) Agilidad oral:** en esta subescala, se evalúa por un lado la agilidad no verbal y por otro la verbal. En la no verbal, el paciente debe repetir ciertos movimientos de la manera más rápida posible, se debe contar el número de veces que repite el movimiento en cinco segundos. La parte verbal, se realiza de la misma manera que la anterior, pro en vez de repetir movimientos, el paciente debe repetir palabras. **2) Secuencias automatizadas:** en este caso, se le pide al paciente que recite cuatro series, como son los días de la semana, los meses del año o el alfabeto. Dependiendo del número de elementos consecutivos que es capaz de decir, se le da 1 o 2 puntos. **3) Recitado, canto y ritmo:** en este apartado el paciente debe completar refranes,

entonar canciones y marcar el ritmo dado por el examinador. En este caso la evaluación va desde el 0 (fracaso), hasta el 2 (bueno), pasando por el 1 (defectuoso). **4) Repetición de palabras:** con las mismas palabras que en escalas anteriores, el paciente debe repetir las palabras que el examinador dice. Por cada elemento correcto se le da un punto. **5) Repetición de frases y oraciones:** como el propio enunciado indica, el paciente debe repetir lo que el examinador le dice, en este caso, debido al nivel de complicación, se le puede repetir al paciente 2 veces. **6) Lectura de palabras:** en esta subescala, el paciente es el encargado de leer las palabras que el examinador le dice, para evaluarlo hay que tener en cuenta el tiempo aproximado que el paciente tarda en responder. **7) Respuesta de denominación:** se le realizan varias preguntas al paciente, y dependiendo de si su respuesta es adecuada o no, y del tiempo que ha tardado en responderla, se le da una puntuación mayor o menor. **8) Denominación por confrontación visual:** con las mismas láminas que en escalas y subescalas anteriores, se le señala al paciente los distintos objetos, letras, acciones y se le pregunta “¿Qué es esto?” “¿Qué letras es esta?” “¿Qué está haciendo?”. El número de puntuación obtenida, depende del tiempo que este ha tardado en responder. **9) Denominación de partes del cuerpo:** el examinador señala en sí mismo las partes del cuerpo que el paciente debe nombrar. **10) Nombrar animales:** Se le pide al paciente que diga los máximos nombres de animales posible s en un minuto y medio. Para poder evaluar esta subescaala, se debe contar el número de palabras generadas en los 60 segundos consecutivos más productivos. **11) Lectura de oraciones en voz alta:** el paciente debe leer varias oraciones que el examinador le pida, se da un punto por oración correcta.

La **cuarta escala** es “**Comprensión del lenguaje escrito**”, y está formada por varias subescalas: **1) Discriminación de letras y palabras:** se le da al paciente unas láminas en las que aparecen distintas letras y palabras, escritas de diferentes formas. El examinador señala el modelo y el paciente debe indicar cuál es el modelo equivalente en la fila de debajo. Por cada ítem correcto, se le da un punto. **2) Asociación fonética:** en esta subescala, el paciente tiene que reconocer las palaras que se le pidan, y además, debe comprender el deletreo oral, es decir, el examinador deletrea ciertas palabras y el paciente debe decir cuál ha sido la palabra deletreada “t-r-e-n → tren”. **3) Emparejar dibujo-palabra:** en este caso, se le da al paciente una palabra escrita para leerla, la cual no puede leer en voz alta, y seguidamente debe señalar el dibujo que corresponde.

4) Lectura de oraciones y párrafos: el paciente debe leer las oraciones y párrafos, para poder completarlos con las alternativas que se le ofrecen.

La **última y quinta escala** es, “**Escritura**”. Esta está formada por varias subescalas: **1) Mecánica de la escritura:** el paciente debe escribir su nombre y dirección y además, se le pide que escriba una oración que el examinador le da. **2) Recuerdo de los símbolos escritos:** por un lado el paciente debe escribir el alfabeto y los números hasta el 21, y por otro lado, tendrá que copiar las letras, números y palabras que le examinador le diga. **3) Encontrar palabras escritas:** en esta subescala, el paciente debe escribir distintas palabras, mientras que el examinador, en algunas ocasiones se las leerá y en otras le señalará el dibujo de las correspondientes. **4) Formulación escrita:** en este apartado el paciente deberá realizar dos tipos de actividades. En la primera actividad, se le enseña la lámina 1, y él debe escribir todo lo que ve, y en la segunda actividad, se le dictan varias oraciones y él debe copiarlas en un tiempo limitado.

4.3. Procedimiento

Tanto la prueba Mini-Mental como el Test de Boston se realizaron bajo las mismas condiciones, en la misma habitación y sin interrupciones en ambas. La habitación elegida, fue el cuarto de estar de casa del paciente, para que este se sintiera cómodo y relajado, para poder realizar las pruebas con total normalidad. Las dos se hicieron por el mismo evaluador, para asegurar el anonimato y la confidencialidad del paciente, y para que este siguiera la misma rutina.

La prueba Mini-Mental, fue la primera prueba que se le pasó al paciente, y esta tuvo una duración de 15 minutos. Antes de la realización se le explico a JM que es lo que se iba a evaluar y cómo se iba a llevar a cabo esta evaluación. Como se puede comprobar en el apartado anterior, el Test de Boston es bastante extenso, por lo que fue imposible pasar todas las escalas el mismo día. Cada escala se pasó en días diferentes, pero todas en la misma semana, para que el paciente no perdiera la rutina de la prueba y así, no tener que explicar repetidamente qué es lo que se iba a hacer en cada una.

En cada una de las escalas y sub-escalas del Test, se especifica cuáles son las instrucciones que se le debe dar al paciente, por lo que antes de realizar las tareas/actividades, se leían las instrucciones al paciente. El evaluador durante la realización de las mismas, fue grabando y cronometrando alguna de ellas, para poder

hacer una evaluación más exhaustiva, para poder volver a escuchar las grabaciones para comprobar qué y cómo el paciente había hecho las tareas y sobre todo, para no cometer fallos en la recogida de datos.

5. Resultados

En este apartado se van a reflejar los datos y resultados obtenidos de las dos pruebas realizadas al paciente, por un lado la prueba Mini-Mental y por otro el Test de Boston (Anexo II).

Tabla 2. Resultados obtenidos por paciente con afasia en el Mini-Mental

	Puntuación Directa (PD)	Puntuación Máxima
Orientación temporal	3	5
Orientación espacial	5	5
Registro	3	3
Atención	8	10
Lenguaje	4	5
Memoria diferida	6	9
	27	30

Como se puede comprobar en la Tabla 2, las áreas en las que más puntos ha obtenido el paciente son el área de orientación espacial y el área de registro. El área más dañada es en memoria diferida, que ha obtenido 3 puntos menos del total.

En cuanto a los resultados obtenidos en el Test Boston, se debe mencionar que a la hora de evaluar, se realiza un perfil resumido de las escalas y subescalas que se han pasado, por lo que hay nombres de las mismas que desaparecen como tal, ya que se evalúa de manera conjunta. Para comprobar si el paciente evaluado está por encima o por debajo de la media, debemos guiarnos por los percentiles.

Antes de realizar la prueba, se pide marcar cuál es la escala de severidad del paciente, en este caso el paciente JM, se encuentra en la **escala 2** “el paciente puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracaso frecuente al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación con el examinador” (Goodglass y Kaplan, 1986, p. 100).

Tabla 3. Resultados Test de Boston

Escala	Subescala	PD	Percentil
Fluidez	Agilidad articulatoria	5	50
	Longitud Frase	7	60
	Agilidad Verbal	14	90
Comprensión auditiva	Discriminación palabras	47	30
	Identificación P. Cuerpo	7	10
	Ordenes	10	40
	Mat. Ideativo Compl.	3	30
Denominación	Resp. Denominación	27	70
	Denom. Confro. Visual	60	40
	Nombrar animales	6	50
	Denom. P. Cuerpo	6	20

Evaluación del lenguaje y propuesta de intervención en un paciente con ictus

Escala	Subescala	PD	Percentil
Lectura	Palabras	8	20-30
	Oraciones	0	0
Repetición	Palabras	10	70
	Alta probabilidad	7	70
	Baja probabilidad	7	80
Parafasia	Neológica	0	50
	Literal	2	70
	Verbal	6	40
	Otras	0	60
Habla automatizada	Secuencias Aut.	8	90
	Recitado	2	40
Música	Canto	1	30
	Ritmo	1	40

Evaluación del lenguaje y propuesta de intervención en un paciente con ictus

Escala	Subescala	PD	Percentil
Comprensión Lenguaje Escrito	Discriminación letra-palabra	9	50
	Reconocimiento Palabras	7	40
	Com. Deletreo. O	2	50
	Emp. Dibujo-palabras	4	20-30
	Emp. Dibujo-Palabras	4	20-30
	Lect. Oraciones y Párraf.	0	20
Escritura	Mecánica	3	70
	Seriada	39	70
	Dictado Elemental	6	40
	Denom. Conf. Escrita	0	40
	Deletreo Dictado	0	40
	Oraciones Dictado	4	50-60
	Escritura Narrativa	1	60

Nota: PD: Puntuación directa. En letra negrita se destacan los resultados por encima del percentil 70 y por debajo del percentil 30, considerados éstos como óptimos o déficits respectivamente.

En la Tabla 3, se puede comprobar cómo hay áreas que su puntuación se encuentra con guiones (20-30) esto ocurre, porque la puntuación obtenida en las distintas tareas se encuentra en la media de las puntuaciones obtenidas por el paciente. Todas las áreas, cuya puntuaciones con 30 o por debajo de estas, deberán ser intervenidas, además de poder intervenir en otras áreas con más de 30 puntos, como es el área de escritura.

6. Propuesta de intervención

En este caso, como el paciente ya ha sido diagnosticado, tratado y evaluado, la propuesta de intervención se va a llevar a cabo en torno a las áreas que presentan mayor daño: comprensión auditiva, lectura, comprensión del lenguaje escrito-escritura, comprensión musical y los ritmos.

El objetivo principal de la intervención, es el de mejorar al máximo las habilidades y posibilidades comunicativas del paciente. Brindándole apoyo para su readaptación, tanto a nivel emocional, familiar y social. Las actividades y ejercicios que se realicen con el paciente deben ser diversos y atractivos. Se irán presentando en grado creciente de dificultad, y se tendrá que tener en cuenta que con una misma actividad se pueden trabajar diferentes objetivos o aspectos del lenguaje.

En cuanto a la rehabilitación, se deben tener en cuenta varias consideraciones generales, este es un proceso lento y laborioso que puede durar meses o años, como es en el caso de JM. Cada paciente es diferente, y cada uno tiene un ritmo de evolución particular, por lo que son los especialistas los que deben adecuarse y adaptarse al paciente. En cuanto a la rehabilitación lingüística, los pacientes no suelen recuperar el nivel previo o inicial que tenían, casi siempre habrá alteraciones residuales, es decir, podrán existir secuelas. En este sentido y siguiendo a los autores Heiss et al. (1997), se puede concluir, gracias a los estudios realizados, que hay pacientes con afasia, que gracias a la rehabilitación pudieron recuperar parte del lenguaje que perdieron. Además, en el estudio llevado a cabo por Martins et al. (2017), el 30,7% de los pacientes tuvieron una recuperación completa y el 71.9% presentaban cierto grado de recuperación en la composición verbal.

Una parte muy importante en la rehabilitación es la familia, esta debe conocer el problema al que se enfrenta su familiar, para poder crear y tener unas expectativas

realistas. Es útil, que la familia observe y/o asista a alguna de las sesiones de rehabilitación, así se promueve y garantiza que los ejercicios y actividades que deben realizar los pacientes en casa se hagan de manera adecuada, siendo ayudados por sus familiares.

Siguiendo a Fernández Guinea y López-Higes (2005), es importante, ofrecer a la familia desde el primer momento algunas técnicas y consejos para favorecer la comunicación con el familiar que tiene afasia. Es recomendable que los familiares estimulen al paciente, sin llegar a obligarle, para comenzar cuanto antes la rehabilitación del lenguaje, ya que este es el único tratamiento directo que se conoce para mejorar la afasia. Cuando el paciente intente o quiera hablar, se le debe elogiar generosamente, aunque los intentos sean muy lejanos a lo que consideramos la perfección. Además, se le debe dar la oportunidad al paciente de poder escuchar a otras personas mientras hablan, para ello se puede utilizar la televisión, la radio, videos de internet, etc. Si hablamos con el familiar/paciente y vemos que está un poco perdido, o que no comprende muy bien la conversación, no se debe perder la paciencia, por lo que es aconsejable repetir la información, pero en este caso, con mayor lentitud.

También es importante, que el paciente/familiar conozca desde un primer momento cuáles son sus limitaciones y posibilidades, hay que ser honesto con este, sino lo único que se consigue es desilusionarle. Para ello es aconsejable limitar los objetivos y avanzar en ellos progresivamente. Además, es necesario que el paciente se sienta independiente y autónomo en la medida de lo posible, realizando actividades habituales del hogar, así como otras rutinas o actividades cotidianas y de ocio, tales como ir al cine, realizar la compra, atender y recibir invitados en casa... Ello le ayudará a acercarse a la nueva realidad en la que vive.

Como se ha comentado, una de las áreas más afectas, es la de la **comprensión auditiva**, por lo que siguiendo a Terradillos y López-Higes (2016), se va a exponer un tipo de actividad que se podría llevar a cabo con el paciente. Dependiendo del objetivo propuesto podemos utilizar diferentes materiales (auditivos, visuales), los ejercicios de rehabilitación se van a centrar en la semántica, la cual ayudará al paciente con la comprensión.

Entre los ejercicios que se pueden realizar está el de escoger la palabra errónea dentro del campo semántico. En este se le dice al paciente varias palabras que están todas relacionadas, como: panadero, pan, pastelería, panificadora, y entre ellos se dice una palabra errónea, como podría ser frutero. El paciente en este caso, debe recordar las palabras que se le han dicho para averiguar cuál es la palabra intrusa. Dentro de las actividades semánticas, se puede hablar del juicio semántico a nivel de oraciones, no de palabras como en el caso anterior. Se le presenta al paciente de manera auditiva frases con errores semánticos que debe identificar (*Todas las noches cenamos tortilla francesa con cereales*) entre otras frases que son correctas.

Dentro de la comprensión, se puede ver que el paciente también tiene problemas a la hora de comprender órdenes, por lo que sería conveniente trabajar estas órdenes. Una manera de trabajarlas es, cambiando palabras, por ejemplo “Coja la gafas”- “Coja las tijeras”- “Deje las gafas”- “Deje las tijeras”.

Siguiendo con la comprensión auditiva, podemos seguir un Enfoque Cognitivo que ayude al paciente a Incrementar la Comprensión Auditiva (ECICA, *Cognitive Approach to Improving Auditory Comprehension*). Este método centrado en la entonación, se encuentra todavía en fases de investigación, pero resulta interesante ya que se han conseguido resultados favorables en la rehabilitación de pacientes afásicos. El objetivo que persigue es mejorar e incrementar la comprensión de los mensajes emitidos de manera oral en contextos naturales del paciente, como puede ser su vida cotidiana. Este enfoque trabaja desde fuera del habla con las capacidades cognitivas de los pacientes, para poder construir una unión entre la capacidad en la comprensión de los mensajes orales y la necesidad de comprender esos mensajes.

Como se puede comprobar en la Tabla 3, otra de las áreas dañada es la **lectura**, para ello también se van a proponer diferentes actividades para mejorar la capacidad lectora del paciente. Esta alteración de las habilidades lectoras como consecuencia de la lesión cerebral, es conocida como **alexia**. En el caso de las afasias, el grado de afectación del proceso de lectura no siempre va asociado a problemas en las habilidades de expresión oral. La lectura puede estar afectada de manera independiente a las alteraciones del lenguaje espontáneo.

Una de las técnicas que se puede utilizar es el reconocimiento de letras, en este caso el paciente muestra problemas a la hora de reconocer de manera individualizada las letras, para mejorarlo se puede seguir el procedimiento táctil/cinestésico (T/C) (Lott y Friedman, 1999) de identificación de letras que proporciona una vía de acceso alternativa. Con esta técnica, lo primero que hay que hacer es presentar una letra aislada en una lámina, y el paciente debe copiarla o trazarla con el dedo y después nombrarla. Si el paciente es capaz de trazar la letra en su palma de la mano, se le da un *feedback* táctil y cinestésico, mientras que si solo es capaz de copiarla en un folio, el *feedback* que recibe es solo táctil. Cuando el paciente ya ha conseguido un buen rendimiento, se realiza lo mismo pero en este caso con palabras u oraciones breves. En la siguiente fase es necesario mejorar la velocidad de la lectura, para más tarde trabajar con la denominación de letras, seguido por la lectura de palabras simples.

El área de la **escritura** también es una de las dañadas, este problema en la escritura es conocido con el nombre de **agrafía**, y siguiendo a Cortés (2006) lo podemos definir, como la alteración o pérdida de la habilidad para poder producir el lenguaje escrito, a consecuencia de algún daño cerebral. En cuanto a su intervención, se pueden seguir varias estrategias de escritura de palabras. Una de ellas tiene como objetivo conseguir la funcionalidad de la vía fonológica de escritura. Para poder conseguir este objetivo con el paciente que se trabaja se pueden hacer varias actividades, entre las que encontramos: 1) ordenar las sílabas de la palabras, podemos trabajar con varias palabras de vocabulario relacionadas con el campo semántico de la fruta (za/man/na, ra/pe, ja/na/ran) 2) segmentación: jugar con los fonemas y las sílabas, se pueden quitar o añadir a las palabras, jugar con la rima, etc. 3) siguiendo a Cuetos (1998), se puede rehabilitar el proceso de conversión grafema/ fonema, asociando cada regla fonema/grafema con un dibujo que facilite la memorización (la letra Q, con una imagen de un queso, la letra S, con una imagen de una serpiente).

La comprensión musical y los ritmos, también es otra área que está dañada en JM. Se pueden encontrar varias investigaciones y proyectos que utilizan la música como método de rehabilitación en pacientes con afasia, pero son pocas las que tienen como objetivo mejorar el propio canto o la entonación en estos pacientes. Dentro de estas investigaciones es necesario mencionar a Charles Mills, quien en 1904 sugirió que podría ser beneficioso animar a los enfermos a cantar canciones al mismo tiempo que se

tocaba el piano. Esta idea no tuvo buenos resultados ya que los pacientes no eran capaces de asociar una palabra u oración de la canción con la melodía que correspondía. Otro investigador, Ollie Backus también intentó en 1945 encontrar la manera de mejorar esta capacidad en los pacientes con afasia, pero tampoco obtuvo muy buenos resultados. No fue hasta 1973, cuando Sparks, Helm-Eastbrook y Albert crearon la Terapia de Entonación Melódica, o más conocida como TEM (*Melodic Intonation Therapy*). Siguiendo a Goldstein (1944), hay personas que sufren afasia grave, que sólo pueden comunicarse o producir palabras apropiadas cuando cantan. Esta metodología de terapia se divide en tres niveles, en los dos primeros el paciente debe entonar musicalmente sintagmas y palabras multisilábicas de alta probabilidad. El tercer nivel incorpora oraciones más complejas a nivel fonológico y de mayor longitud.

A modo de conclusión, en relación a la rehabilitación, resulta interesante hacer referencia a un estudio realizado en 2017 llevado a cabo por el Departamento de Neurología General de la Universidad de Münster, Alemania. En esta investigación, se estudió cómo el lenguaje de las personas con afasia, por ictus hace 6 meses, se veía modificado tras una terapia intensiva del lenguaje, llevada a cabo por especialistas, bajo unas condiciones clínicas muy rutinarias. Las sesiones de terapia del lenguaje, seguían siempre la misma estrategia, ya que los terapeutas habían realizado ya varios entrenamientos con el manual a seguir en la investigación. En los resultados de esta investigación, se pudo observar como después de 3 semanas de terapia del lenguaje con aproximadamente 10 horas por semana, aumentó la capacidad de comunicación verbal en los pacientes con afasia crónica. Por lo que se puede afirmar que con tiempo y esfuerzo, los pacientes que sufren afasia, pueden tener una recuperación, aunque esta no sea total y tampoco en todas las áreas dañadas.

7. Discusión

El objetivo del presente estudio fue realizar una evaluación sobre la capacidad del lenguaje en un paciente de 60 años, que había sufrido una ACV hacía 9 años, para poder llevar a cabo una propuesta de intervención sobre las áreas más dañadas. El paciente ha sido evaluado a través de dos pruebas: Test de Boston y Mini-Mental.

A lo largo de esta investigación, se ha podido comprobar la amplitud del tema a estudiar, la diversidad de posturas existentes, la variedad de estudios ya realizados sobre

el tema y sobre todo, las diferentes clasificaciones de la afasia, atendiendo a los modelos que se quieren seguir. Recordemos que, existen dos tendencias de mayor relieve. En concreto, una clasificación clásica (neoneoconexionista) la cual gira en torno a los tipos de afasia según la relación entre lenguaje y cerebro, representada por Norman Geschwind. Y otra clasificación moderna, que gira en torno al desarrollo cognitivo de los pacientes, ilustrada entre otros por Ardila.

En cuanto a la prueba Mini-Mental, que evalúa la capacidad y funciones cognitivas del paciente, este no presenta ningún tipo de deterioro. Su puntuación obtenida fue de 29 puntos, y entre 30 y 27, no se encuentra ningún deterioro. Sin embargo, el área más dañada es la orientación temporal, aunque el paciente sabía en qué año nos encontrábamos no sabía cómo expresarlo. Esta prueba no puede definir un diagnóstico, por lo que es aconsejable, y como ha sido el caso, acompañarlo de otras pruebas que ayuden a obtener un resultado más completo, ya que ésta es una prueba de *screening*.

Siguiendo los perfiles que se crearon tras la evaluación de varios pacientes con el Test Boston, podemos decir que el paciente tiene una afasia de tipo Sensorial transcortical, ya que cumple con la mayoría de las características de esta, lo que se ve acentuado por los resultados de otras investigaciones llevadas a cabo con el mismo test. En una de las evaluaciones a un paciente de 49 años (CN), que había sido herido en un accidente automovilístico, los resultados eran muy parecidos a los de nuestra evaluación. Ambos mostraban una comprensión auditiva moderadamente alterada. Las palabras de derecha-izquierda, a la hora de denominar las partes del cuerpo, no tenían significado para ninguno de los dos. Otra de las características que se presentan en los dos pacientes, es la asombrosa capacidad de ambos para repetir oraciones largas. Siguiendo el caso de CN, la única diferencia relevante entre ambos, es que el primero se situó en una escala de severidad 1, mientras que JM se encuentra en la puntuación 2 (los resultados del paciente CN se encuentran en el Anexo III).

Es importante, hacer referencia a las áreas en las que el paciente ha tenido buena puntuación, estas son el área de fluidez y de repetición, estos resultados nos demuestran que el paciente puede mantener una conversación con otras personas de manera fluida, pero este tiene problemas a la hora de utilizar las palabras correctas, ya que presenta parafasia de tipo neológica y verbal. El paciente es incapaz de reconocer las imágenes visuales y establecer un relación con la palabra que define tal imagen, esto es lo que se

conoce como parafasia verbal, en vez de decir la palabra correcta, elige otra del mismo campo semántico. Tiene el mismo problema en las tareas de denominación, ya que el paciente no logra encontrar la palabra adecuada a las acciones, objetos y busca palabras parecidas en el mismo campo semántico y estructura auditiva. Estos resultados coinciden con las investigaciones realizadas por Tsvetkova y Shipkova en el año 1993.

Gracias a los resultados obtenidos tras la evaluación del paciente con la prueba Mini-Mental y el Test Boston, se ha podido comprobar la diferencia que existen entre ambos tipos de clasificación, ya que los datos obtenidos con el Test Boston, no esclarecen qué tipo de afasia presenta el paciente siguiendo la clasificación clásica o neoconexionista. Considerando la Tabla 1, que clasifica los tipos de afasia siguiendo el modelo neoconexionista, el paciente no encajaría en ninguno de los tipos de afasia, ya que en todas las afasias, la denominación está alterada. Estos resultados, darían apoyo a las nuevas clasificaciones de la afasia, las cuales hacen un mayor énfasis en el aspecto cognitivo del paciente.

De este modo, la nueva clasificación ofrece un mayor abanico de opciones, ya que ésta presta más atención al paciente de manera individual, ya que no existe ningún paciente con las mismas características de los demás. Como se ha podido comprobar en este estudio, las personas que sufren afasia pueden mostrar y tener diversas áreas dañadas, las cuales no siempre tienen por qué aparecer en todos los pacientes, ni tampoco, el mismo grado de deterioro.

Para poder evaluar a un paciente que sufre afasia, es necesario conocer qué áreas están más dañadas o cuál ha sido la principal zona cerebral afectada, características principales del enfoque clásico, pero también es importante situar al paciente en el principal foco de atención y partir desde él. Esta nueva clasificación o enfoque más moderno, no solo se centra en lo ya citado, sino que presta atención al paciente, a su desarrollo cognitivo, a su momento presente, a cómo ha sido su vida hasta el momento del ACV u otro tipo de accidentes, como el traumatismo craneoencefálico, a que se dedicaba, etc. Este enfoque prioriza profundizar en el paciente, conocer cuáles son sus características principales, ya que como se ha podido comprobar no todos los pacientes, que sufren el mismo daño cerebral, manifiestan los mismos deterioros, o las mismas áreas dañadas. Cada paciente es distinto y son sus características personales e individuales las que marcan esta diferencia.

En la investigación piloto llevada a cabo por Helm-Estabrooks y Albert en 2005, utilizando el ECICA, encontraron diversas mejorías en los pacientes con afasia, con los que habían realizado la investigación, un hombre y dos mujeres. Las mejorías se encuentran en “a) en la capacidad para comprender palabras aisladas oralmente, hacer peticiones y en el discurso, todo esto valorado a partir de los test formales de la afasia, b) en la capacidad comunicativa de la vida diaria, valorado a partir de cuestionarios, y c) en la cognición, valorado por test cognitivos estandarizados.” (p. 385).

En último lugar, me gustaría destacar la importancia de cada una de las fases de un proceso de intervención, ya que todas ellas son necesarias e imprescindibles para poder tratar a un paciente con afasia, y poder notar mejorías en el mismo. Primero, es importante, lograr una atención e intervención temprana del paciente. Cuando esta ya ha sido posible, se debe evaluar al paciente para poder identificar las necesidades del mismo, para poder partir de esa base en la realización de un protocolo o programa de intervención adaptado al propio paciente y a sus características y necesidades individuales.

8. Bibliografía

Ardila, A. (2006). Orígenes del lenguaje: un análisis desde la perspectiva de las afasias. *Revista de Neurología*, 43(11), 690-698.

Azpiroz, M. E. T. y Higes, R. L. (2016). *Guía de intervención logopédica en las afasias*. Madrid, España: Síntesis.

Backus, O. L. (1945). The rehabilitation of aphasic veterans. *Journal of Speech Disorders*, 10(2), 149-153.

Berger, P. y Mensh, S. (2002). *How to Conquer the World With one Hand... and an Attitude*. Positive Power Pub.

Breitenstein, C., Grewe, T., Flöel, A., Ziegler, W., Springer, L., Martus, P. y Abel, S. (2017). Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *The Lancet*, 389(10078), 1528-1538.

Borod, J., Goodglass, H. y Kaplan, E. (1980). Normative Data on the Boston diagnostic Aphasia Examination, Parietal Lobe Battery and Boston Naming Test. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 2, 209-216.

Carod Artal, F.J. (2004). Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. *Revista de Neurología*, 39(11), 1052-1062.

Crystal, D. (1983). *Patología del lenguaje*. Madrid: Cátedra.

Cortés, N. A. S. (2006). Estudio de la agrafia. Clasificación de las alteraciones de la escritura y su rehabilitación. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 51(1), pp. 38-43).

Cuetos, F. (1998). *Evaluación y rehabilitación de las afasias: Aproximación cognitiva*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

De la Guía, G. D. T. (2009). De Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid*, 5-2.

Diccionario médico, Universidad de Navarra (2015). Recuperado el 7 de mayo de 2017 en <http://www.cun.es/diccionario-medico>

Díez-Tejedor, E., Del Brutto, O., Álvarez-Sabín, J., Muñoz, M. y Abiusi, G. (2001). Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. *Revista Neurológica*, 33(5), 455-464.

Ellis, A. W. y Young, A. W. (2013). *Human cognitive neuropsychology: A textbook with readings*. Psychology Press.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. y Fanjiang, G. (2001). *MMSE, Mini-Mental State Examination*. Psychological Assessment Resources.

García-Albea, J. E., del Viso Pabón, S. y Bernardos, M. L. S. (1996). *Test de Boston para el diagnóstico de la afasia: adaptación española*. Madrid: Médica Panamericana.

Goldstein, K. (1944). After-effects of brain injuries in war: their evaluation and treatment. The application of psychological methods in the clinic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 121, 159.

Goodglass, H. y Kaplan, Edith. (1986). *La evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, S. A. (1.^a ed. En inglés, 1972).

Guinea, S. F. y Higes, R. L. (2005). *Guía de intervención logopédica en las afasias*. Madrid: Síntesis.

Heiss, W. D., Karbe, H., Weber-Luxenburger, G., Herholz, K., Kessler, J., Pietrzyk, U. y Pawlik, G. (1997). Speech-induced cerebral metabolic activation reflects recovery from aphasia. *Journal of the Neurological Sciences*, 145(2), 213-217.

Helm-Estabrooks, N. y Albert, M. L. (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*. Madrid: Médica Panamericana.

Hilari, K., Needle, J. J. y Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), S86-S95.

Instituto Nacional de Estadística (2006). Recuperado el 19 de abril de 2017 de <http://www.ine.es/daco/daco43/epoba/metodo.pdf>

Lázaro, P. G. y Ortuño, B. G. (2012). *Afasia: de la teoría a la práctica*. México: Editorial Médica Panamericana.

Lobo, A., Saz, P. y Marcos, G. (2002). *Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Lott, S. N. y Friedman, R. B. (1999). Can treatment for pure alexia improve letter-by-letter reading speed without sacrificing accuracy? *Brain and Language*, 67(3), 188-201.

Luria, A. R. (1980). *Fundamentos de neurolingüística*. Barcelona: Toray-Mason.

Marta, J., Lou, M. L., Marzo, J., Mostacero, E., López-Gastón, J. I. y Bestué, M. (2009). Programa de atención a pacientes con ictus en el sistema de salud de Aragón. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón. Gobierno de Aragón.

Martínez, R.I.C. y Moreno, M.D.M.S. (2015). Ictus y Envejecimiento. En Linares, J. J. G., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Jurado, M. D. M. M., Martín, A. B. B., Fernández, F. C. y Martínez, Á. M. *Salud, alimentación y sexualidad en el envejecimiento I*, 271-278.

Martins, I. P., Fonseca, J., Morgado, J., Leal, G. Farrajota, L., Fonseca, A. C. y Melo, T. P. (2017). Language improvement one week after thrombolysis in acute stroke. *Acta Neurologica Scandinavica*, 135(3), 339-345.

McCloskey, M. (2001). The future of cognitive neuropsychology. En: B. Rapp. *The handbook of cognitive neuropsychology. What deficits reveal about the human mind*, (pp. 593-610). USA: Psychology Press.

Mills, C. K. (1904). Treatment of aphasia by training. *Journal of the American Medical Association*, 43(26), 1940-1949.

Ministerio de Ciencia e Innovación. (2009). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf el 25 de Marzo de 2017.

Nicolosi, L., Harryman, E. y Kresheck, J. (2004). *Terminology of communication disorders: Speech-language-hearing*. Lippincott Williams & Wilkins.

Observatorio del ictus (2017). Recuperado el 11 de marzo de 2017 de <http://www.observatoriodelictus.com/>

Organización Mundial de la Salud (2015). Recuperado el 15 de abril de 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Organización Mundial de la Salud (2017). Recuperado el 15 de abril de 2017 de <http://www.who.int/topics/es/>

Paván Martínez, R. (2008). Identificación de la depresión en los ámbitos personales y sociales de pacientes afectados con afasia. Tesis para obtener el título de Licenciado en Neurolingüística. México: Colegio Superior de Neurolingüística y Psicopedagógica.

Peña-Casanova, J. (1995). *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*. Barcelona, España: Editorial Masson.

Sparks, R., Helm, N. y Albert, M. (1974). Aphasia rehabilitation resulting from melodic intonation therapy. *Cortex*, 10(4), 303-316.

Stillings, N. A., Weisler, S. E., Chase, C. H., Feinsten, M. H., Garfield, J. L. y Rissland, E. L. (1995). *Cognitive Science. An Introduction*. Massachusetts: MIT Press.

Townend, E., Brady, M. y McLaughlan, K. (2007). Exclusion and inclusion criteria for people with aphasia in studies of depression after stroke: a systematic review and future recommendations. *Neuroepidemiology*, 29(1-2), 1-17.

Tsvetkova, L. S. y Shipkova, K. M. (1993). Errores de recuerdo en pacientes con afasia. *Revista de la Universidad de Moscú*, 14, 4, 34-41.