



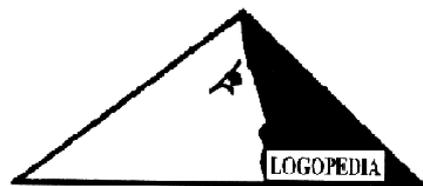
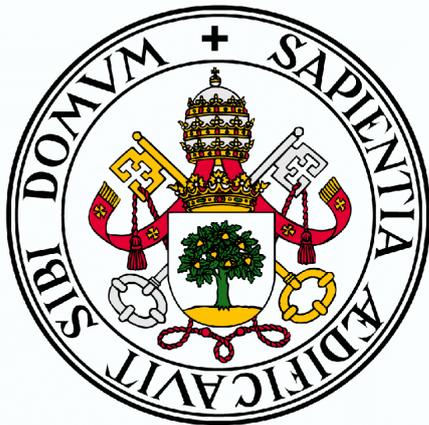
ANÁLISIS LINGÜÍSTICO DE LA CONVERSACIÓN Y DEL REGISTRO ESCRITO EN PACIENTES CON AFASIA

Trabajo de fin de Grado



Laura Cabrero Martín

4º de Grado en Logopedia



Facultad de Medicina

Universidad de Valladolid

2014- 2015

Resumen

El presente trabajo se basa en un análisis de casos de una muestra de tres pacientes con distintos tipos de afasias. El objetivo que se persigue es la observación de evolución cronológica durante 3 meses. Para ello, se realizan pruebas comunes a los 3 pacientes ejecutadas en la primera semana de febrero y, posteriormente, en la primera semana de junio. Una vez elaboradas estas pruebas, se analiza la evolución a través de los datos recogidos en una gráfica. Asimismo, propongo un programa de intervención logopédica para conseguir una evolución más notoria, así como para preservar las destrezas adquiridas durante el proceso de evaluación.

Abstract

The present work is based on an analysis of cases of a sample of three patients with aphasia different between themselves. The target that is chased is the observation of chronological evolution for 3 months. For it, common tests are realized to 3 patients executed in the first week of February and, later, in the first week of June. As soon as these tests were prepared, the evolution is analyzed across the information gathered in a graph. Likewise, I propose a speech and language therapy intervention program to obtain a more well-known evolution, as well as to preserve the workmanship acquired during the process of evaluation.

Palabras clave

Afasia, programa de intervención logopédica, pruebas, evolución cronológica, rasgos lingüísticos.

Key words

Aphasia, speech and language therapy, tests, intervention program, chronological evolution, linguistic features.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no ha podido llevarse a cabo sin la ayuda de muchas personas, las cuales me gustaría nombrar.

En primer lugar, agradecer a mi tutora Nieves Mendizábal de la Cruz toda la ayuda prestada en el trabajo y su continua disponibilidad para resolverme cualquier duda, aconsejarme acerca de la mejor manera de redactar un trabajo de esta categoría y por depositar toda su confianza sobre mí.

En segundo lugar me gustaría agradecer a los tres pacientes del Gabinete Teralen³⁰⁰⁰ de Valladolid su consentimiento y participación en este trabajo de investigación. Sin ellos no podría haber salido adelante y su presencia en el trabajo ha sido crucial.

En tercer lugar, y no por ello menos importante, agradecer a mis tutoras del gabinete Teralen³⁰⁰⁰, María Fernández y Marta Manrique, su consentimiento en el trabajo y su ayuda en la realización de las pruebas, así como el compañerismo mostrado ofreciéndome ideas y todo el material necesario para realizar el presente trabajo.

ÍNDICE

	Págs.
1. Introducción.....	6
1.1 Justificación del tema.....	6
1.2 Objetivos del trabajo.....	6
1.3 Metodología.....	7
1.4 Marco teórico de la afasia.....	8
1.4.1 Clasificación de las afasias.....	9
1.4.2 Causas de las afasias.....	12
1.4.3 Factores que influyen sobre la recuperación y el pronóstico....	12
2. Rasgos lingüísticos de las afasias.....	14
3. Presentación de un caso (1).....	17
3.1 Pruebas utilizadas	17
3.2 Análisis de rasgos lingüísticos orales y escritos.....	21
4. Presentación de un caso (2).....	24
4.1 Pruebas utilizadas	24
4.2 Análisis de rasgos lingüísticos orales y escritos.....	28

5. Presentación de un caso (3).....	30
5.1 Pruebas utilizadas	30
5.2 Análisis de rasgos lingüísticos orales y escritos.....	32
6. Propuesta de intervención.....	33
6.1 Jerarquización de objetivos.....	33
6.2 Metodología y temporalización.....	34
7. Evolución de los pacientes en el tiempo.....	35
7.1 Gráficas de la evolución cronológica en los tres casos.....	35
8. Conclusiones y valoración personal.....	40
9. Referencias bibliográficas y fuentes documentales.....	42
10. Anexos: autorizaciones y transcripciones.....	
Consentimientos informados.....	
ANEXO 1.....	
ANEXO 2.....	
ANEXO 3.....	
ANEXO 4.....	

ANEXO 5.....

ANEXO 6.....

ANEXO 7.....

ANEXO 8.....

ANEXO 9.....

ANEXO 10.....

ANEXO 11.....

ANEXO 12.....

ANEXO 13.....

ANEXO 14.....

ANEXO 15.....

ANEXO 16.....

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Es increíble cómo funciona el cerebro, las cosas que somos capaces de hacer gracias a su buen funcionamiento. Resulta curioso observar cómo, cuando una de estas funciones se altera debido a un traumatismo, un ACV, tumores o cualquier enfermedad que cause daño cerebral, la vida da un giro de 180 grados.

Siempre me han llamado mucho la atención todas las patologías con daño cerebral porque considero que el motor de nuestro cuerpo es el cerebro, y me resulta fascinante conocer toda su anatomía y ver cómo, a partir de un daño en diversas zonas, se producen consecuencias fatales.

Creo que la mejor forma de plasmar mis 4 años de carrera de logopedia es ser capaz de mostrar a la gente cómo es mi trabajo en una de las patologías más importantes y no tan conocidas como parece, la afasia. Quiero plasmar el esfuerzo del logopeda por conseguir la mejora de estos pacientes, quiero expresar mi sentimiento de autorrealización cuando un paciente vuelve a hablar, cuando recupera otra vez esa capacidad que había perdido y te muestra su gratitud. He elegido este tema para mostrar el gran trabajo que realiza un logopeda en el daño cerebral y también porque me apasiona la afasia y quería realizar una investigación por mí misma.

1.2 OBJETIVOS DEL TRABAJO

Objetivos generales

- a) Observar el contraste evolutivo en un periodo de tres meses de intervención logopédica en tres pacientes con diferente tipo de afasia.
- b) Favorecer la comunicación oral y escrita.
- c) Descripción y análisis de los rasgos lingüísticos de tres pacientes con afasia.

Objetivos específicos

A la vista de los rasgos lingüísticos descritos y analizados, los objetivos específicos son:

- Analizar cómo influyen los factores internos en la rehabilitación logopédica: el tiempo que llevan acudiendo a logopedia, el tipo de afasia, la etiología y la edad en que se produjo el accidente.
- Analizar cómo influyen los factores externos en la rehabilitación logopédica: el trabajo personal del paciente, factores personales y posibles sesgos que puedan aparecer.
- Realizar una propuesta de intervención logopédica específica para cada uno de estos pacientes.

1.3 METODOLOGÍA

A continuación voy a mostrar un estudio clínico de 3 pacientes con afasia, todos ellos diferentes entre sí. La metodología empleada en este trabajo se basa en un análisis de casos. Los pacientes han sido elegidos del gabinete Teralen³⁰⁰⁰, centro privado donde he realizado mis prácticas de 4º de grado en Logopedia durante 11 semanas. Para demostrar los objetivos anteriores he pasado las mismas pruebas (un total de 10) a 3 pacientes. Sin embargo no todos han podido completar estos 10 ejercicios, por lo que aquí se puede observar cómo difieren entre ellos y las dificultades que presentan. Las pruebas han sido realizadas en 2 momentos diferentes:

- Por un lado, durante el mes de febrero que fue el inicio de mis prácticas.
- Por otro lado, he pasado las mismas pruebas en la primera semana de junio.

En total han transcurrido 3 meses entre el primer momento de las pruebas y el segundo. He usado la grabadora OLYMPUS VN-733PC para recoger muestras de habla y transcribirlas. También tengo muestras de escritura, cálculo y muestras cognitivas de atención y memoria.

1.4 MARCO TEÓRICO DE LA AFASIA

La afasia aparece como consecuencia de una lesión cerebral localizada en el hemisferio izquierdo del cerebro. Esta lesión procede en la mayoría de los casos de un accidente cerebro vascular, aunque en ocasiones también se relaciona con traumatismos, tumores y otras etiologías.

Es común entre los diferentes autores Borregón Sanz, S. González Calvo, A. (2000), Catalá, B. Gallego, M. y Talavera, M. (2008), J.R. y Pérez Calleja, M. (2008), Helm-Estabrooks, N. Albert, M. (1994), Pérez- Pamies, M., Manero, R. M^a y Bertrán-Serra, I. (2001), definir la afasia como la alteración del lenguaje expresivo y/o receptivo a causa de una lesión cerebral. En los cuadros de afasia se verán afectados: la capacidad para codificar y decodificar el mensaje verbal, las capacidades que inciden en la formación del lenguaje interior (como el análisis, la síntesis, la abstracción y la simbolización) y las funciones asociadas al pensamiento y a la inteligencia.

Es un trastorno frecuente. Del 1 al 1,5% de la población sufre algún ACV y el 40% de ellos provoca algún grado de afasia. El estudio de las afasias fue iniciado por Broca en 1861, denominando a estos cuadros con el nombre de afemia. Trosseau en 1984 introdujo el término afasia. Posteriormente, Wernicke contribuyó a ampliar el concepto de las afasias al encontrar una zona responsable de la comprensión del lenguaje.

La afasia es, probablemente, la mayor secuela o limitación causada por una lesión cerebral. Las capacidades lingüísticas constituyen parte integral del individuo, vehiculan su pensamiento y su comunicación con el entorno, por tanto, la pérdida brusca del lenguaje implica numerosos ajustes emocionales y cognitivos.

La rehabilitación de la afasia, por tanto, debe cumplir simultáneamente dos objetivos: aumentar las capacidades lingüísticas del paciente y ayudarle a enfrentarse a su nueva situación recuperando la confianza en sí mismo. El grado de afasia de una persona es un referente individualizado, que refleja la pérdida o deterioro en las funciones comunicativo-lingüísticas que previamente poseía. Es difícil encontrar dos afasias iguales.

1.4.1 Clasificación de las afasias

Según señala Ardila para la clasificación de las afasias,

“Desde los tiempos de Wernicke, los investigadores clínicos han mostrado una tendencia notoria a separar variedades de afasia con base en las características del lenguaje. Sin embargo, un síndrome exacto es tan infrecuente en la afasia como en cualquier trastorno neuropsicológico o neurológico. De hecho, al menos la mitad de los trastornos afásicos hallados en la práctica clínica, deben considerarse como afasias mixtas”.
(Ardila, 2006:9)

Esto quiere decir que es muy difícil encontrar una persona con afasia expresiva que presente las mismas características que otra persona con el mismo tipo de afasia, y que estas, a su vez, respondan a los síntomas que debería tener esta afasia. Por este motivo, se encuentran más de 20 clasificaciones diferentes de las afasias.

La tabla 1 presenta las principales clasificaciones recientes de las afasias. He seleccionado esta por ser una de las más claras y completas. (Ardila, 2006: 11)

Tabla 1. Principales clasificaciones recientes de los síndromes afásicos.

Luria 1966	Benson & Geschwind 1971	Hécaen & Albert 1978	Kertesz 1979	Benson 1979	Lecours et al. 1983
Motora eferente	Broca	Agramática	Broca	Broca	Broca
Sensorial	Wernicke	Sensorial	Wernicke	Wernicke	Wernicke Tipo I
Motora aferente	Conducción	Conducción	Conducción	Conducción	Conducción
Dinámica	Transcortical motora	Transcortical motora	Transcortical motora	Transcortical motora	Aspontaneidad
----	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial	Wernicke Tipo II
----	Aislamiento área lenguaje	----	Aislamiento	Transcortical mixta	-----
Semántica Anémica Amnésica	Anémica	Amnésica	Anémica	Anémica	Amnésica
---	Global	---	Global	Global	----
---	Afemia	Motora pura	---	Afemia	Anartria pura

Sin embargo, en este trabajo prefiero una clasificación más sencilla tomada de autores como Borregón Sanz, S. González Calvo, A. Catalá, B. Gallego, M. y Talavera, M (2008) donde recojo los principales tipos de afasia junto con su descripción. Es la que me va a servir de guía durante todo el trabajo. La clasificación es la siguiente:

1. Afasia de Broca o motora

Se caracteriza por el predominio de los trastornos de la expresión sobre los de la comprensión. Por este motivo, los sujetos pueden ser conscientes de sus dificultades y frustrarse fácilmente por sus problemas de lenguaje. Suele acompañarse de paresia del hemicuerpo derecho. La expresión es no fluida, con dificultades de articulación, denominación, repetición y frecuente empleo de frases cortas.

2. Afasia de Wernicke o sensorial

El síntoma principal es la alteración de la comprensión, sobre todo cuando las palabras no son conocidas o están fuera de contexto. Se caracteriza por la producción de parafasias, neologismos y paragramatismo. A diferencia de la afasia de Broca, la expresión verbal es fluida manifestando en ocasiones logorrea, sin embargo, presentan dificultad para encontrar palabras. También están alteradas la lectura y escritura.

3. Afasia de conducción

Se caracteriza principalmente por dificultades en la repetición. El lenguaje espontáneo es fluido pero con cierta anomia y parafasias fonológicas. La comprensión oral está poco alterada. Estos afásicos realizan muchas pausas en un intento de encontrar las palabras adecuadas, es decir, la imagen acústica de la palabra que buscan está conservada; el problema es seleccionar los fonemas apropiados en la posición correcta (punto y modo de articulación). La comprensión del lenguaje oral es variable, aunque fundamentalmente preservada. La lectura en voz alta y la escritura están alteradas, pero la comprensión lectora suele estar conservada.

4. Afasia motora transcortical

Se caracteriza por la notable conservación de la capacidad de repetición. La expresión espontánea no es fluida. Presentan ecolalia, estereotipias y parafasias fonéticas. La articulación no presenta ninguna alteración y el lenguaje automático está preservado. La comprensión del lenguaje oral está conservada pero presenta alteraciones en

oraciones con estructuración compleja. La capacidad de denominación presenta alteraciones ligeras con presencia de anomia. La lectura está mínimamente afectada.

5. Afasia sensorial transcortical

El discurso de estos pacientes es fluido, con parafasias semánticas y neologismos. Es común observar ecolalia. La comprensión del lenguaje está severamente afectada. En las tareas de repetición se observan parafasias semánticas, neologismos y circunloquios. La repetición está conservada. En relación a la lectoescritura, los pacientes pueden leer sin errores pero no pueden entender lo que han leído.

6. Afasia anómica

Es la afasia más leve y frecuente. La afasia anómica se caracteriza por una importante dificultad en la denominación, junto a una expresión fluida, una comprensión prácticamente intacta y una capacidad para la repetición sin dificultad. Esta dificultad es similar a "tener algo en la punta de la lengua", pero mucho más a menudo, y hace que el paciente dé continuos rodeos para explicarse sin utilizar la palabra que busca (circunloquio), y utilizar muchas palabras poco específicas (eso, cosa...) o *verba omnibus*.

7. Afasia global

Se caracteriza porque tanto la comprensión como la expresión están alteradas, compartiéndose, por tanto, rasgos de la afasia de Broca y de la afasia de Wernicke. En un primer momento suele aparecer un mutismo total, pasando luego a cierta verbalización. Estas verbalizaciones suelen ser estereotipias verbales repetitivas y pueden presentarse como sílabas sueltas (por ejemplo, el paciente puede que diga únicamente "ta ta ta ta").

8. Afasia mixta

Es una forma intermedia entre los diversos cuadros afásicos típicos que puede darse al inicio o en el curso de la evolución de un trastorno afásico. Presenta alteración tanto en la expresión como en la comprensión. Su habla es de tipo jerga. La repetición está conservada al igual que la escritura. La lectura permanece alterada. Esta misma clasificación está recogida en autores como Borregón Sanz, S. González Calvo, A. (2000), Pérez- Pamies, M., Manero, R. M^a y Bertrán-Serra, I. (2001), González Lázaro P. y González Ortuño B (2012).

1.4.2 Causas de las afasias

Autores como Pérez- Pamies, M., Manero, R. M^a y Bertrán-Serra, I. (2001) consideran que la clasificación que más refleja la realidad de los pacientes es la siguiente:

1. Accidentes cerebro vasculares (ACV): aproximadamente el 40% de personas que sufren este tipo de accidentes presentan cuadros de afasia. Pueden ser provocados por estenosis, trombosis, embolias, hemorragias, aneurismas...
2. Traumatismo craneo encefálico: tienen peor pronóstico y son cuadros de afasia más severos porque generalmente cursan con destrucción del tejido cerebral.
3. Tumores: pueden ser primarios, que se originan en el propio tejido cerebral o metastásicos que proceden de otra zona del cuerpo. Se deben a la localización del tumor y a la compresión de las estructuras del lenguaje.
4. Demencias: pueden ir asociadas a cuadros de afasias como el Alzheimer.
5. Infecciones: son cuadros de afasia más pasajeros debidos a meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales. En cuanto desaparece la infección también desaparece la afasia.

Borregón Sanz, S. González Calvo, A. (2000), Catalá, B. Gallego, M. y Talavera, M. (2008), J.R. y Pérez Calleja, M. (2008), Helm-Estabrooks, N. Albert, M. (1994), Pérez-Pamies, M., Manero, R. M^a y Bertrán-Serra, I. (2001), Peña Casanova, J. (2001), son los principales autores en los que me baso para abordar este marco teórico.

1.4.3 Factores que influyen sobre la recuperación y el pronóstico

Existen diversos factores que influyen sobre la posible recuperación de funciones perdidas como consecuencia del daño cerebral. Voy a destacar algunos de los más importantes según autores como Alegre Villarroya, J.R. y Pérez Calleja, M. (2008).

a. Extensión y localización de la lesión

Se ha demostrado la existencia de una correlación negativa entre tamaño y localización de la lesión con respecto a su recuperación. Las lesiones extensas dejan pocas habilidades residuales que permitan fundamentar la rehabilitación posterior. Esta correlación ha sido especialmente evidente con relación a la recuperación de la fluidez del lenguaje.

b. Edad

La edad, y en consecuencia el nivel de maduración neurológica, ha sido siempre considerada como un factor crítico en el aprendizaje. Las lesiones cerebrales en niños presentan una mejor recuperación que en adultos y estas, a su vez, son de mejor pronóstico que en ancianos, porque se supone que la lateralización de funciones se incrementa con la edad.

c. Etiología

No existe ninguna duda sobre la importancia de la etiología en la recuperación de funciones tras algún daño cerebral. En general, los efectos de los traumatismos son difusos, pero, si no existe una amnesia residual importante, las posibilidades de recuperación son buenas, bien sean traumatismos por heridas de bala o traumatismos abiertos o cerrados, estos pacientes presentan una mejor recuperación que aquellos que sufren ACV o tumores cerebrales. La recuperación de etiologías tumorales depende de la localización que presenten.

d. Factores temporales

Los accidentes de instalación súbita (lesiones agudas) se asocian con defectos mayores que los accidentes de instalación lenta. Este punto de vista ha sido ampliamente fundamentado y demostrado clínica y experimentalmente. Von Monakov propuso el principio de diátesis para explicar los efectos producidos del daño cerebral súbito.

e. Tiempo desde el accidente

Se ha sugerido que una de las variables fundamentales en el nivel de recuperación se refiere al tiempo que transcurre desde el accidente hasta el inicio del proceso de rehabilitación. Si el paciente permanece demasiado tiempo inactivo, el pronóstico de recuperación, en general, disminuye. La eficacia máxima del tratamiento está en torno a los 6 meses siguientes al fallo cerebral.

Esta etapa constituye el periodo de una progresión espectacular que responde, por lo general, a la normal evolución de la persona, a la reorganización y recuperación de neuronas y sistemas no completamente destruidos. Por lo tanto, la intervención temprana es fundamental y va a contribuir a una mayor normalización comunicativa y lingüística.

Después de esta etapa, la intervención continua sigue siendo importantísima y eficaz, tratándose más de una progresión lenta y laboriosa que de una progresión espectacular pero aun así necesaria.

f. Variables individuales

Existen toda una serie de variables individuales que pueden afectar a la recuperación del lenguaje como son: el nivel intelectual y educativo antes de la enfermedad, el nivel del lenguaje, la salud general y la actitud hacia la recuperación, es decir, la motivación. También factores patológicos asociados como alteraciones del nivel de conciencia, déficits sensoriales o motores, epilepsia, frecuente depresión, etc. Otros aspectos, como la actuación de la familia, también han de ser tenidos en cuenta.

Este estado de la cuestión está tomado de autores como Borregón Sanz, S. González Calvo, A. (2000), Catalá, B. Gallego, M. y Talavera, M. (2008), J.R. y Pérez Calleja, M. (2008), Helm-Estabrooks, N. Albert, M. (1994). Pérez- Pamies, M., Manero, R. M^a y Bertrán-Serra, I. (2001).

2. RASGOS LINGÜÍSTICOS DE LAS AFASIAS

En los pacientes afásicos existen algunos defectos sobresalientes en el lenguaje que merecen un análisis especial. Los rasgos más comunes son las parafasias, neologismos, jerga afásica, dificultades en repetición y denominación y anomia.

A continuación me dispongo a explicar brevemente en qué consiste cada uno de estos rasgos lingüísticos:

a. Parafasias

Es un síntoma lingüístico que supone un error de sustitución o desplazamiento, que puede afectar a los fonemas, a los lexemas o a ambos. Los errores fonológicos pueden ser debidos a omisiones, adiciones, desplazamientos o sustituciones de fonemas. Dentro del último grupo, el de sustituciones, podemos diferenciar tres tipos importantes que son los siguientes: (Ardila y Rosselli, 1993: 48-51) (Beatriz Gallardo Paúls, 2007:233).

- Parafasia verbal formal: es una transformación en la cual la palabra sustituyente y la palabra sustituida son similares en términos de su forma, no de su significado. Ej: cajetilla → *carretilla*.
- Parafasia verbal morfémica: se refiere a una palabra inapropiada que sin embargo ha sido construida utilizando morfemas que pertenecen al inventario del lenguaje. Ej: *nochemente*.
- Parafasia verbal semántica: se refiere a una transformación afásica en la cual las palabras sustituyente y sustituida guardan una relación semántica. Ej: mesa → *silla*.

b. Neologismos

Es una forma fonológica en la cual es imposible identificar la palabra que supuestamente se intentaba producir. Un neologismo puede deberse a un doble error: una unidad lexical incorrectamente seleccionada que se distorsiona fonológicamente antes de que logre su realización oral (Ardila, 2006:51).

c. Jerga afásica

Es un término descriptivo para referirse a un lenguaje fluido, bien articulado, pero sin ningún significado desde el punto de vista del oyente. Existe una producción verbal acelerada, pero está alterada la relación signo-sentido por perturbación de este último, es decir, como las personas con afasia no comprenden lo que dicen se produce un aumento del débito con auténtica logorrea y numerosas parafasias fonémicas y semánticas. Es característica de la afasia de Wernicke. Abundan los neologismos, que al sumarse a la disintaxia hacen incomprensible el discurso del afásico. El mayor problema que supone la jerga es que la persona no es consciente de su discurso ni sus dificultades (Ardila, 2006: 51).

d. Dificultades en repetición

Goldstein (1948) subrayó que la repetición implica percepción adecuada, capacidad motora para producir lenguaje, comprensión del lenguaje, cierta actitud y nivel educativo por parte del paciente, y un contexto particular en el cual se produce la repetición.

e. Anomia

Es una alteración o fallo en la denominación. Las dificultades en la denominación representan el déficit residual permanente más importante en pacientes afásicos crónicos. Es la dificultad para encontrar palabras y por ello emplean muchos circunloquios, es decir, dan rodeos y realizan una definición muy larga de la palabra ya que no encuentran su denominación. Existe una gran variedad en las clasificaciones de la anomia.

En este trabajo voy a utilizar la clasificación que realiza Fernando Cuetos Vega (Cuetos vega, 2003: 51-55) porque considero que es la más clara y, además, no resulta demasiado extensa ni da lugar a tantas categorías y subcategorías de anomias. Me gusta porque se centra en los problemas principales y, por tanto, es idónea para explicar más adelante los casos clínicos.

- I. Anomia semántica: las personas con anomia semántica presentan dificultades en la comprensión de objetos y palabras ya que son incapaces de activar las representaciones conceptuales. Esto quiere decir que tendrán dificultades en la comprensión de objetos y palabras ya que el almacén en el que se encuentran los significados es común para la comprensión y la producción. Por tanto, si no comprenden cual es el objeto que observan, difícilmente podrán acceder a su significado y mucho menos su producción oral.
- II. Anomia léxica o pura: en este caso la dificultad se centra en la recuperación de palabras. No presentan problemas de comprensión. El principal problema reside en que no son capaces de nombrar el objeto o dibujo que tienen delante. Saben lo que es pero no acceden a la palabra. Es como si tuvieran el concepto "en la punta de la lengua". Sin embargo, llama la atención que en tareas de repetición no ocurre este problema. En este tipo de anomia es donde más se emplean los circunloquios, es decir, produce oralmente definiciones exactas de la palabra pero sin conseguir nombrarla.
- III. Anomia fonológica: en este caso los errores son de sustitución, adición, omisión, lo que da lugar a un lenguaje espontáneo con gran número de errores fonológicos. A veces, estas distorsiones de palabras son tan graves que dan lugar a neologismos, es decir, palabras inventadas.

3. PRESENTACIÓN DE UN CASO (1)

El objetivo principal de este trabajo es el estudio de casos de pacientes con afasia. Para ello, en primer lugar, es necesario conocer la etiología, la causa de la afasia y, por supuesto, el tipo de afasia que presenta. Para ello cuento con una breve pero concisa anamnesis tomada del historial clínico proporcionado por el Gabinete Teralen³⁰⁰⁰ con el consentimiento informado exigido para este tipo de trabajos.

PACIENTE A:

Hombre de 71 años, viudo. Jubilado desde 1995 con angina de pecho. Sufrió de ACV el 6 de agosto de 2007 por cateterismo a consecuencia del cual fue diagnosticado de una afasia motora con pérdida de fuerza en miembro superior derecho. Presenta anomia grave.

3.1 PRUEBAS UTILIZADAS

He recogido información de 10 pruebas diferentes. Estas pruebas son las siguientes:

a. Discriminación auditiva de sonidos de animales.

En esta prueba presentaba al paciente 20 láminas con los dibujos de animales. A su vez, reproducía un CD con los sonidos de los animales. Ante la escucha del sonido, el paciente debía señalar de entre las 20 láminas la correspondiente al sonido escuchado. El objetivo de este ejercicio era observar el grado de discriminación auditiva que presenta el PACIENTE A.

Los resultados de esta prueba fueron los siguientes:

- El orden de aparición de los animales era: *foca, gallina, abeja, vaca, perro, grillo, cerdo, gato, mono, burro, oveja, rana, caballo, elefante, pato, gallo, paloma, león, pájaro, lobo*.
- En la primera semana de febrero, el PACIENTE A no supo señalar la imagen correspondiente al sonido de la *foca*, confundió el sonido del *cerdo* con el del *león* y tampoco supo señalar la imagen correspondiente al sonido del *mono*. El resto de sonidos los identificó sin ninguna dificultad.

- En la primera semana de junio, al cabo de 3 meses, el PACIENTE A confundió el sonido del *mono* con el del *pato* y el de *foca* con el de *cerdo*. El resto de sonidos los identificó sin ninguna dificultad.

Analizando los resultados obtenidos en la primera prueba, se puede observar que hay 2 animales que confunde en ambas ocasiones (*mono* y *foca*). Sin embargo, se produce una mejoría observable en la segunda realización de la prueba, donde fue capaz de distinguir el sonido del *cerdo* y del *león* sin confundirlos.

b. Expresión espontánea.

En esta prueba, el PACIENTE A tenía que hablar de forma espontánea sobre un tema. No podía recibir ayuda de ningún tipo. Utilicé la grabadora para la toma de la muestra y, posteriormente, realicé una transcripción. Para poder observar si existe evolución, el PACIENTE A me habló del mismo tema en febrero y en junio. De esta manera pude analizar si utilizaba más vocabulario, si la fluidez verbal era mejor, si realizaba frases más largas, etc. La transcripción de la muestra fue de 5 minutos. En la primera parte, el lenguaje resultó más ininteligible debido a que empleaba poco vocabulario utilizando la mayor parte de las veces muletillas como *mmmmm*, *ehhh*, *sí sí*. Además, fue capaz de explicar más excursiones y monumentos cuando le grabé en junio, lo que quiere decir que su fluidez verbal y vocabulario han aumentado. Este paciente tiene anomia severa, por lo que el aumento de vocabulario resulta bastante contrastable. Se puede observar también cómo las frases tienen más elementos en la segunda parte de la prueba y no realiza tantas pausas para hablar. Observé una evolución satisfactoria en su vocabulario, articulación y fluidez. La transcripción se encuentra en el ANEXO 1.

c. Expresión dirigida de una lámina.

En esta prueba, presenté al PACIENTE A una lámina en color sobre la ciudad. El objetivo se basaba en que me explicara todo lo que iba viendo en la lámina y que respondiera a las preguntas que yo le hacía sobre ella. Al igual que en la expresión espontánea, se puede observar un aumento del vocabulario en la segunda parte de la prueba. Fue capaz de denominar muchas más cosas en la lámina, más transportes, edificios, personas, etc. Su fluidez verbal también mejoró notablemente y, a pesar de su gran anomia, el lenguaje resulta más inteligible cuando la prueba se realiza en junio que en febrero.

Es cierto que necesitó ayuda para decir algunas palabras pero se observa diferencia entre febrero y junio en que en el mes de junio se mostró más comunicativo y con ganas de contar todo lo que sucedía en la lámina y, por ello, buscaba en su cabeza para recuperar todo el repertorio léxico, semántico y fonológico. Cometió fallos, pero aun así la evolución resulta más que destacable. Esta muestra también la he recogido a través de la grabadora y la transcripción se encuentra en el ANEXO 2.

d. Memory.

El juego del memory sirve para trabajar la memoria, aspecto cognitivo importante para pacientes con afasia. El juego consiste en poner unas tarjetas compuestas por parejas (en mi caso utilicé animales) boca abajo. El paciente debía levantar una y luego buscar su pareja. Si la segunda que levantaba no coincidía con la primera, debía volver a poner las tarjetas boca abajo y seguir buscando parejas. En la primera fase de la prueba, el PACIENTE A tardó en encontrar 12 parejas en tres minutos y 52 segundos. En la segunda fase de la prueba tardó tres minutos. Esto quiere decir que su memoria ha mejorado en 3 meses, pudiendo reducir en casi 1 minuto de tiempo la misma actividad de memoria.

e. 7 diferencias.

En esta prueba presenté al paciente 2 imágenes en las cuales tenía que buscar 7 diferencias existentes entre ellas. Con este ejercicio trabajé la atención y para ello he calculado el tiempo que tardaba en encontrarlas. En la primera fase de la prueba, el PACIENTE A tardó 2 minutos y medio en encontrar las 7. La segunda vez que le pasé la misma prueba, tardó 2 minutos. Puedo afirmar que, en este caso, su atención también ha mejorado reduciéndose en 30 segundos de diferencia, una vez transcurridos 3 meses entre una prueba y otra. La imagen se encuentra adjunta en el ANEXO 3.

f. Problemas de cálculo.

El desarrollo de esta prueba consistía en presentar al paciente 4 problemas de cálculo, una suma, una resta, una multiplicación y una división. Los problemas se encuentran en el ANEXO 4. Las operaciones las realizó correctamente excepto la multiplicación. En la primera fase de la prueba, realizó una división en vez de la multiplicación. Esto puede ser debido a que no comprendió correctamente el enunciado, puesto que en la segunda fase de la prueba, todas las operaciones resultaron perfectas.

g. Copia y dictado de frases.

La copia en ambos casos fue perfecta, no tuvo ningún fallo y la caligrafía en las 8 frases fue impoluta. En cuanto al dictado presentaba más dificultades, sobre todo en febrero que solo fue capaz de reproducir 6 frases, las 2 últimas estaban incompletas. De las que consigue reproducir, solo las 3 primeras estaban escritas correctamente. El resto de frases carecían de elementos y presentaba confusión y omisión de palabras.

En la segunda parte de la prueba, en junio, el paciente fue capaz de escribir todas las frases. A diferencia de la primera parte, en este caso escribió correctamente todas. Solo cometió 2 fallos: en una frase le faltó poner el artículo “el” y en otra se produjo una distorsión de la palabra “prefiero” por “pefrindo”. La evolución en el dictado es clara y la mejora es evidente. Adjunto la copia y dictado en el ANEXO 5.

h. Lectura de sílabas, palabras, frases y texto.

En esta prueba, quería comprobar la diferencia que existe en la lectura de sílabas, palabras, frases y un texto. Para ello volví a usar la grabadora con la que tomé una muestra del habla y posteriormente la transcribí. En el caso de lectura de sílabas, el PACIENTE A cometió 8 fallos en la primera parte y 5 en la segunda de 20 sílabas. Por tanto disminuyó casi en la mitad el número de fallos, transcurridos los 3 meses de diferencia entre ambas pruebas. Además, 4 de los 5 fallos que cometió en junio se encontraban dentro de los 8 fallos de febrero, por lo que también puedo suponer que no ha empeorado, sino que, de los 8 fallos del principio, ha sido capaz de pronunciar correctamente 3 y cometer solo un fallo nuevo. Los errores comunes son *gue* por *que*, *llu* por *ñu*, *za* por *sada/zata* y *lo* por *ro*.

En la lectura de palabras, el PACIENTE A cometió 12 fallos en febrero y 8 fallos en junio de 18 palabras. Comprobé por tanto que el número de errores también ha disminuido. Igualmente, de los 8 errores, 7 fueron comunes a los de febrero; por ese motivo puedo afirmar que no sufre empeoramiento, sino una mejora notable ya que, además, la articulación de las palabras en junio se acerca más a las originales. Los fallos comunes son: *juguete*, *libro*, *viento*, *zanahoria*, *verdura*, *regalo* y *ducha*.

En la lectura de frases, el PACIENTE A leyó correctamente solo la primera en febrero, en cambio, leyó 3 seguidas correctamente de 8 en junio. El resto de frases tuvieron algunos fallos tanto en febrero como en junio.

Existe una evolución en la lectura de frases a favor del tiempo, puesto que en junio la articulación fue mejor y los fallos resultaron menores. Este paciente ha sido el único capaz de leer frases y también un texto. En el texto pude comprobar cómo la articulación en su lectura, las pausas y la prosodia mejoraron notablemente en junio respecto a febrero. La inteligibilidad de las palabras fue mejor y cometió menos errores lingüísticos y una mayor fluidez verbal. Este paciente se ayudaba del dedo para leer mejor las palabras. En la transcripción se observan los fallos que realiza en las pruebas, en el ANEXO 6.

i. Repetición de palabras.

Este paciente presenta anomia grave. Sin embargo mejoraba bastante con la repetición y por eso elegí esta prueba. Las palabras fueron las mismas en febrero y en junio. En la primera parte repitió correctamente 18 palabras de 35, a diferencia de junio que repitió de forma correcta 25 de 35. Claramente hubo una mejoría de 7 palabras por lo que puedo afirmar una evolución satisfactoria en tareas de repetición. Además, también observé que en el resto de palabras repetidas, sobre todo en junio, había un mayor acercamiento a la palabra original y con menos fallos de articulación con respecto a febrero. Se observan los fallos y aciertos en la transcripción, en el ANEXO 7.

3.2 ANÁLISIS DE RASGOS LINGÜÍSTICOS ORALES Y ESCRITOS

Una vez analizadas todas las pruebas es necesario realizar un análisis lingüístico de la totalidad de los rasgos presentes en el PACIENTE A, contrastando estos rasgos observados con la teoría explicada anteriormente. Para ello, he realizado una transcripción de todas las muestras que integraban el lenguaje oral, ayudándome de las convenciones de transcripción del corpus PerLa (percepción del lenguaje afásico) (Gallardo y Moreno 2005; Gallardo 2006).

Errores fonológicos

El PACIENTE A presentaba un habla no fluente observada en las transcripciones de habla espontánea y dirigida. Además, presentaba parafasias fonémicas como *puerte* en vez de puente en el ANEXO 1, segunda parte, turno 22; *puerdo* en vez de pueblo, en el ANEXO 1, segunda parte, turno 34; en estos casos sustituye unos fonemas por otros: /n/ por /r/, /bl/ por /d/.

También dice *poricía* en lugar de *policía* sustituyendo el fonema // por /r/ en el ANEXO 2, primera parte, turno 78; y *helipótero* por *helicóptero* en el ANEXO 2, segunda parte, turno 62.

Errores morfosintácticos

Dentro de este apartado, observé agramatismo, es decir, la ausencia de gramática con omisión de categorías morfológicas funcionales. Por ejemplo, en el ANEXO 2, segunda parte, turno 44, el PACIENTE A dice: *ya pero ya ya ya lo sé pero para decirlo pero no /// aquí es ah / el **car te re ro***.

También en el ANEXO 2, primera parte, turno 12, el PACIENTE A dice: *los hombres y mujeres / a dormir*, y en la segunda parte, turno 8 dice: *sí sí / el casa / el no el la esta la ///*. En ambos casos hay una falta de palabras funcionales pues no observo la presencia de verbos que delimiten la acción o artículos, sustantivos y adjetivos; en el tercer ejemplo hay una falta de concordancia entre “el” y “casa”.

Como consecuencia de esto, su lenguaje resulta telegráfico. Estos errores no se observan en la escritura, en la parte de copia, pues esta parte estaba perfecta. Sin embargo, sí observé alguna dificultad en el dictado pero de omisión de alguna letra o distorsión.

Errores léxico-semánticos

En el análisis de la muestra de habla del PACIENTE A he observado la presencia de neologismos, dificultades en repetición y anomia léxica. En el ANEXO 1, segunda parte, turno 04, el PACIENTE A produce el neologismo de “palillos” queriendo referirse a “paseos”, en el turno 14 dice “munos” en vez de “museos”, en el turno 22 dice “puerte de coldida” en vez de “puente colgante”. En el ANEXO 2, primera parte, turno 8, dice “cortler” en vez de “hotel”; son palabras totalmente diferentes que parecen inventadas debido a su gran deformación.

Las dificultades en la repetición también originaron deformaciones en las palabras, distando mucho de la articulación de la palabra original. Pude observar estos ejemplos en el ANEXO 7, primera parte, en la palabra “muñeca” donde repite “bulleta”, “flauta” donde repite “farto”. De la misma manera observé la presencia de una anomia pura o léxica en la que no podía articular las palabras y precisaba de la ayuda del deletreo para conseguir su denominación.

Observé sus ejemplos de anomia léxica (es decir, el paciente conoce la palabra pero es incapaz de denominarla) constantemente en las pruebas de expresión oral. Por ejemplo, en el ANEXO 2, primera parte, turno 26: “[no] /// mmmm /// (5.0) no / el el ///” También en el ANEXO 1, segunda parte, turno 38 observé: “que más /// eh /// eh – mmmm – eeh eh /// otra en ///” y en el turno 34 pude observar cómo se ayuda del deletreo para encontrar la palabra: “no no también // el **puer do / p u e b l**”. En todos estos casos el paciente sabía lo que quería decir pero no encontraba la palabra, es decir, era incapaz de articularla pero sí deletrearla.

Errores pragmáticos

En el caso de este paciente, al tener una afasia no fluente, he realizado dos funciones en las interacciones con él; una es la de apunte, es decir, ayudo al paciente en la búsqueda de las palabras y otra es la de glosa, cuando el paciente parafrasea lo que cree que ha querido decir y yo lo enuncio adecuadamente dando lugar a una respuesta afirmativa por su parte. Observé la función de apunte en el ANEXO 2, primera parte, turno 59 donde yo le digo “cu /// cua /// →” a lo que él completa la palabra en el turno 60 con “*dros*”, es decir, completa la palabra *cuadros*.

Observé un ejemplo de glosa en el ANEXO 2, primera parte, turnos 20-22:

- 01 *PACIENTE A: el / el / el / **co ches** dejar.*
- 02 *Laura: se echa gasolina a los coches.*
- 03 *PACIENTE A: sí sí / sí sí sí sí.*

En este ejemplo, enuncié adecuadamente lo que el paciente había parafraseado y este, a su vez, contestó afirmativamente. También cabe observar la presencia de un lenguaje telegráfico, con abundantes pausas oralizadas, es decir, vocalizaciones con las que el paciente rellena el silencio para no perder el turno de palabra, todas ellas observadas en las transcripciones de lenguaje oral, como en el ANEXO 2, primera parte, turno 62: “tura // también y otras cosas /// el /// ese sí ese /// es otra”. Emplea muchos gestos para explicarse (actos no verbales como emblemas, reguladores e ilustradores). Respeta los turnos pero en ocasiones se producen solapamientos, sobre todo en las funciones de apunte que yo realizaba.

4. PRESENTACIÓN DE UN CASO (2)

De la misma manera que el anterior paciente, es necesario conocer la etiología, la causa de la afasia y, por supuesto, el tipo de afasia que presenta este PACIENTE 2. Para ello, cuento también con una breve, pero concisa, anamnesis proporcionada por el Gabinete Teralen³⁰⁰⁰ con el consentimiento informado exigido para este tipo de trabajos.

Hombre de 72 años. Sufre un ACV el 10/02/12. Después del ICTUS se encuentra somnoliento, sin respuesta a órdenes verbales. Presenta hemianopsia homónima derecha, paresia facial central derecha, hemiplejía de extremidad superior derecha, paresia de extremidad inferior derecha. Era fumador. Es diagnosticado de afasia mixta, no repite ni denomina y presenta una disartria moderada. La copia es correcta pero el dictado permanece alterado. No realiza multiplicación ni división.

4.1 PRUEBAS UTILIZADAS

En este paciente he utilizado las mismas pruebas que con el anterior excepto la lectura de un texto porque su afasia se lo impide. Los resultados de las pruebas distan mucho con respecto al PACIENTE A y, en algunos casos, no ha podido terminar la actividad. A continuación voy a explicar los resultados de las pruebas con algunas incidencias que me he encontrado en su realización, sobre todo en la segunda fase de la prueba, puesto que le operaron de cataratas y le costaban bastante las pruebas de leer y escribir.

a. Discriminación auditiva de animales.

El orden de aparición de los sonidos fue el mismo que he explicado con el anterior paciente. Dijo *gocho* en vez de *cerdo*, antes de decir *sapo* dice *cocodrilo* y antes de decir *lobo* dice *perro*, identificó la *oveja* pero tuvo que decirle la primera sílaba para que la denominara. No discriminó la *abeja* y el *mono* y confundió el sonido de la *paloma* con el *lobo*. El resto de articulaciones fueron correctas.

En la segunda fase de la prueba cometió más fallos. Confundió el sonido de la *gallina* con el de *gallo* aunque yo no lo consideraría un gran fallo puesto que el sonido es muy similar. No discriminó la *abeja* ni el *mono* al igual que en la otra fase de la prueba. Confundió el *cerdo* con el *león*, *elefante* con *león*, *pato* con *paloma* y *paloma* con *lobo*.

En este caso no se puede hablar de evolución, hubo fallos comunes en ambas pruebas como la no discriminación de *abeja* y *mono* y que confunde *paloma* con *lobo*.

Fue un ejercicio complejo puesto que los sonidos a través de un radiocasete no son iguales que en directo; sin embargo, se pueden achacar estos resultados también a la edad ya que se va perdiendo la agudeza auditiva y pudo ser una de las razones de los fallos; teniendo en cuenta también que cursa con afasia mixta y presenta problemas de comprensión que repercuten en la semántica, considero este hecho como otra de las razones que impidió que el resultado fuese favorable. Puedo hablar de que presenta una anomia semántica, ya que confunde el concepto de los animales.

b. Expresión espontánea.

En esta prueba el PACIENTE B habló espontáneamente de su infancia. Este paciente presenta logorrea, le encantaba hablar y contar cosas sobre su infancia por lo que en ambos casos la muestra de habla fue muy parecida.

Cabe destacar que, al tener afasia mixta, presentaba problemas en comprensión y por tanto hablaba de muchas cosas pero a veces sin concretar nada, es decir, su discurso resultaba incompleto y vacío de contenido. Tenía que mejorar la coherencia y cohesión de su discurso. Aún así, el lenguaje fue correcto y su articulación también, salvo en algunas palabras que dijo “castigau” acabado en /u/, debido a su nivel sociocultural. Por tanto no se puede hablar de evolución, pero tampoco de deterioro. La muestra de habla fue grabada para posteriormente realizar la transcripción. Se encuentra en el ANEXO 8.

c. Expresión dirigida de una lámina.

Utilicé la misma lámina de la ciudad, grabé y transcribí su muestra de habla. Al igual que en la expresión espontánea, las muestras resultaron muy parecidas. Sin embargo, en la muestra tomada en febrero observé que el paciente no colaboraba tanto como en la de junio. En esta última me percaté de que empleaba más vocabulario referido a la lámina y resultaba más colaborador. Cuantas más preguntas le formulaba sobre la lámina y más le iba guiando, menos se despistaba del ejercicio y lo completaba con una notable mejoría. En ambas partes de la prueba cometió errores visibles en la transcripción.

Aún así, pude observar una ligera mejoría en relación a la resolución del ejercicio ya que se ciñó mejor a contestar lo que le preguntaba. Tuve que tener en cuenta que, ante pacientes con afasia mixta, dependía mucho su estado de ánimo en ejercicios de lenguaje y muchas veces el escaso vocabulario o la resolución de este ejercicio dependían de estos factores.

En el caso de junio tuve en cuenta que el paciente estaba recién operado de cataratas por lo que su vista no era la más adecuada y, aún así, ha obtenido un resultado parecido e incluso se podría decir que ligeramente mejor que en febrero. La transcripción de la lámina se observa en el ANEXO 9.

d. Memory.

Al tener afasia mixta y estar afectada la comprensión en mayor grado que la afasia motora, me he decantado por usar primero 5 parejas y, según realizara el ejercicio, pasar a 8 parejas. En la primera fase encontró las 5 parejas en 2 minutos con 3 segundos y las 8 parejas en 3 minutos con 51 segundos. En la segunda fase encontró las 5 parejas en 1 minuto con 7 segundos y las 8 parejas en 1 minuto con 50 segundos. La evolución en 3 meses resultó espectacular, ya que observé una disminución del tiempo de realización en casi la mitad.

e. 7 diferencias.

Adjunto la lámina con las 7 diferencias en el ANEXO 10. En la primera fase de la prueba tardó 4 minutos en encontrar las 7. En la segunda fase tardó el mismo tiempo pero solo encontró 6. Aquí es necesario mencionar una observación, puesto que en este momento el PACIENTE B estaba recién operado de cataratas y es comprensible que no pueda observar las diferencias detalladamente porque su vista no se lo permite. Por ese motivo cabe destacar su esfuerzo y valorar que, a pesar de tener una vista inadecuada, pudo encontrar 6 diferencias en el mismo tiempo.

f. Problemas de cálculo.

En la primera fase, tuve que leerle los enunciados de los problemas, y realizó la resta con fichas llegando al resultado correcto. La suma la realizó de manera mental. En la multiplicación solo dijo en alto lo que había que hacer, pero no supo hacer el cálculo. En la segunda fase de la prueba ocurrió algo parecido. Le volví a leer los enunciados en alto y realizó correctamente los cálculos mentalmente de la suma y la resta. No fue capaz de realizar la multiplicación y división. Encontré una mejora notable en la rapidez con que realizó las operaciones matemáticas con respecto a febrero. Al cabo de tres meses, su conocimiento sobre las operaciones sigue intacto. A su vez, sigue siendo incapaz de realizar multiplicaciones y divisiones ya que requieren un nivel de abstracción mayor. Se produjo una ligera evolución en relación al tiempo que tarda en comprender el enunciado y realizar la operación matemática correspondiente.

g. Copia.

El dictado fue incapaz de hacerlo. En la prueba de febrero realizó una copia correcta en 4 frases de 8. La última fue incapaz de hacerla. Presentó dificultad en copiar la letra minúscula por lo que en las 2 últimas frases le escribí la palabra en mayúscula y la copia fue mucho mejor. En la prueba realizada en junio, tengo que contar con su operación de cataratas, por lo que utilicé las letras del juego “intelect” que son más grandes y las veía mejor. En las primeras frases no las utilicé y se puede observar la diferencia con respecto a las últimas, puesto que en las 4 primeras hay fallos y faltan letras y palabras. Sin embargo, las últimas 4 frases fueron escritas perfectamente aunque la letra sea más grande y el trazo siga siendo irregular. Contando con su operación de cataratas, puedo afirmar que la evolución en la copia fue de una gran mejoría, resultando una escritura legible y concluyendo que su copia es perfecta cuando se trata de letras mayúsculas. En el resto de frases faltan algunos elementos pero en general la letra es legible aunque el trazo sea irregular. Adjunto la copia en el ANEXO 11.

h. Lectura de sílabas y palabras.

En la lectura de sílabas, el paciente cometió 6 errores de 20 en la prueba realizada en febrero. Al pasarle la misma prueba en junio, cometió 8 errores puesto que, como he explicado anteriormente, estaba recién operado de cataratas y afirmaba que las letras estaban borrosas. Sin embargo, cabe destacar que en la prueba pasada en febrero el resto de sílabas que pronuncia bien las articuló con un poco de ayuda, identificando las letras por separado y precisando ayuda en su pronunciación conjunta. En la prueba pasada en junio ocurrió lo mismo, pero, en este caso, identificó más sílabas que en febrero aunque fue incapaz de pronunciarlas.

En mi opinión y teniendo en cuenta el sesgo de que estaba recién operado, considero que existe una mejoría ya que identificó casi todas las letras, pero entraron en juego factores como el cansancio y la vista deficiente que no le dejaron realizar correctamente el ejercicio.

En la lectura de palabras ocurrió algo similar. Iba leyendo sílaba por sílaba hasta completar la palabra. Necesitó ayuda y tardó mucho tiempo en decir cada una. En *verdura* le ha salido *tortuga* y sabía que no era esa palabra pero ya no podía decir *verdura*. A veces le daba pistas sobre las palabras, ofreciéndole mi ayuda cuando observaba que llevaba mucho tiempo con la palabra y no le salía.

Muchas veces leía la palabra y ni siquiera se daba cuenta de lo que ha leído o de si la había leído bien o mal. Este ejercicio le ha resultado bastante complicado sobre todo en junio por la dificultad de la visión, reconocía mejor las sílabas por separado y, en la mayoría de los casos, acertaba la palabra solo pronunciando las primeras sílabas en alto. Por tanto, en este ejercicio no observé evolución, el nivel de lectura de palabras no ha mejorado ni empeorado. Al igual que con el resto de pruebas que incluyen producción oral, utilicé la grabadora para tomar la muestra y realizar la transcripción que se encuentra en el ANEXO 12.

i. Repetición de palabras.

Usé la misma lista de palabras que en el anterior paciente. La repetición estaba bastante conservada, cometiendo solo 2 fallos de 35 palabras en la prueba realizada en febrero. Sin embargo, en junio presentó 5 errores en la repetición.

El paciente refiere que no le salía la palabra, pues el reconocimiento del dibujo al realizar la repetición era bueno pero, en ocasiones, contaba con anomia y no por eso puedo achacar un empeoramiento de la prueba a otros factores que no sean los de anomia. Podría haberse dado el caso de que en febrero hubiera tenido más anomia pero las palabras le salieron más fluidas. Por tanto, el hecho de que tuviera 5 fallos no fue un dato relevante para indicar si existe evolución o no. En mi opinión, y con la observación directa, considero que su nivel de repetición permanece intacto contando en ocasiones con anomia. Adjunto la lista en el ANEXO 13.

4.2 ANÁLISIS DE RASGOS LINGÜÍSTICOS ORALES Y ESCRITOS

Una vez analizadas todas las pruebas es necesario realizar un análisis lingüístico de todos los rasgos presentes en el PACIENTE B contrastando estos rasgos observados con la teoría explicada anteriormente.

Errores fonológicos

Los errores fonológicos en el PACIENTE B no resultan tan evidentes ni visibles como en el PACIENTE A. En el nivel fonético la articulación de las palabras se realiza sin ninguna alteración.

Errores morfosintácticos

En general presenta una buena estructuración sintáctica. Sin embargo presenta paragramatismo ocasionalmente. Observé una muestra del paragramatismo, es decir, utilización incorrecta de los elementos de una oración, en el ANEXO 9, primera parte, turno 62: “*a no pagándole la casa ninguno*”. Además, hay algunas palabras que no son correctas gramaticalmente como cuando dice *castigao* o *castigau* acabado en /u/ en vez de castigado, o *pa* en vez de para, *quita* en vez de quitado. Estos errores son debidos a su nivel sociocultural y la edad que presenta. En la escritura no presenta dificultades, aunque en ocasiones omite algunas palabras. El dictado es incapaz de hacerlo.

Errores léxico semánticos

Pude observar parafasias semánticas en el ANEXO 9, segunda parte, turno 20, donde dice *una cochera* cuando quiere decir *construcción*. Estos errores se deben en la mayoría de las ocasiones a su falta de comprensión, lo que ocasiona la denominación de palabras que no se corresponden a la que quiere decir.

Estos errores no se observan en la escritura. Sin embargo es incapaz de escribir al dictado y solo puede realizar una copia de manera correcta.

Errores pragmáticos

En este paciente el síntoma lingüístico más característico es la logorrea, es decir, el exceso de locución o de habla. Pude observar la logorrea en el lenguaje oral donde su turno era más largo que el mío. Por ejemplo en el ANEXO 8, primera parte, turno 10,16, 24, 26 y 28. Ocurre lo mismo en la segunda parte del ANEXO 8 en los turnos 26, 30 y 38. No respetaba los turnos y en la mayoría de las ocasiones no concretaba el tema del cual hablaba, es decir, hablaba mucho pero yo no era capaz de enterarme de todo lo que estaba contando porque también repetía bastante las mismas palabras. Todo esto corrobora el fallo pragmático-discursivo al monopolizar los turnos conversacionales.

5 PRESENTACIÓN DE UN CASO (3)

Al igual que los otros dos pacientes, presento una breve anamnesis para conocer un poco mejor este último caso; esta está tomada del historial clínico proporcionado por el gabinete Teralen³⁰⁰⁰ con el consentimiento informado exigido para este tipo de trabajos.

PACIENTE C, hombre de 57 años. Presenta de forma brusca, mientras comía, cuadro de desviación de comisura bucal, imposibilidad para la emisión-comprensión del lenguaje y hemiplejía derecha. Presenta afasia global por ICTUS isquémico en territorio completo de la arteria cerebral media izquierda que cursa con paresia facial central derecha, hemianopsia homónima derecha y hemiparesia espástica derecha. Se observa ausencia de lenguaje espontáneo, automatismos, apraxia orofonatoria grave, no realiza denominación, grave afectación de la comprensión auditiva, ayuda silábica no eficaz, realiza escritura en copia y repite con dificultad alguna palabra familiar.

5.1 PRUEBAS UTILIZADAS

Este paciente presenta una afasia bastante grave por lo que no ha podido ser capaz de realizar todas las pruebas. Las únicas que he podido pasarle son las siguientes:

a. Discriminación auditiva de animales.

En la primera fase no identificó la *gallina*, el *gato* y el *grillo*. Señaló y denominó todas las imágenes por repetición. Por motivos personales, este paciente se tomó un par de meses de vacaciones y, por tanto, no ha recibido sesiones de logopedia en el gabinete en ese tiempo, pero sí recibió logopedia en su lugar de vacaciones aunque desconozco lo que trabajaba. Sin embargo, cuando le he pasado la prueba en junio, solo ha confundido 4 animales; *foca* con *gallo*, *gallina* con *rana*, *abeja* con *cerdo* y *vaca* con *oveja*. Su trabajo constante en casa ha propiciado una evolución satisfactoria, en 2 meses es un gran avance saber que su audición sigue conservada. Esto demuestra que el trabajo personal constante favorece la recuperación de los pacientes.

b. Memory.

En la primera fase le puse 6 parejas y las encontró en 3 minutos con 25 segundos, después le puse 8 parejas y las encontró en 3 minutos y 18 segundos. Estos resultados pueden parecer sorprendentes e increíbles pero fue cierto que realizó más parejas y en menos tiempo.

En este caso, la prueba pasada en junio también fue de evolución, pues realizó 6 parejas en 1 minuto y 15 segundos y 8 parejas en 3 minutos. Se nota que ha realizado trabajo en casa y ha acudido a otra logopeda durante sus vacaciones para no perder lo que había adquirido. Por tanto, sí existe evolución y además bastante notoria en la memoria con respecto a la prueba realizada en febrero. La evolución fue espectacular.

c. 7 diferencias.

Solo encontró 4 de las 7 diferencias y añadió otra que no era diferencia. Utilizó 7 minutos para encontrarlas por lo que sus mecanismos de atención se encuentran disminuidos en comparación con la memoria a corto plazo. Cuando le pasé la prueba en junio tachó 9 diferencias de las cuales solo 3 estaban bien. Por tanto, la atención permaneció disminuida. Pudo ser como consecuencia de no trabajar este aspecto demasiado en sus 2 meses de vacaciones. Adjunto la hoja en el ANEXO 14.

d. Copia.

Cabe destacar en este paciente la gran habilidad que presenta en la copia, a pesar de tener que usar la mano izquierda debido a su hemiparesia derecha. En ambas pruebas la escritura fue muy similar, presentó algunos fallos de omisión de letras. Aún así, su copia fue buena y su caligrafía era inteligible. Adjunto la hoja en el ANEXO 15.

e. Repetición de palabras.

Recabé su producción oral a través de la grabadora para realizar también una transcripción adjuntada en el ANEXO 16. Todas las palabras las repetía mirándome a los labios para intentar imitar la articulación.

Sin embargo, debido a su disartria, esta repetición resultaba bastante inexacta. Solo fue capaz de articular con algo más de exactitud 4 palabras de 35 tanto en febrero como en junio. La evolución es lenta y ya es capaz de pronunciar más fonemas que antes. Sin embargo, en este aspecto no pude observar evolución.

f. Problemas de cálculo.

En la prueba de febrero no fue capaz de realizar correctamente la suma y la resta. Sabía qué operación era pero no llegaba a un resultado correcto. Puso: $12-6 = 206$ y $7+3=73$. En la prueba de junio si fue capaz de realizar la resta a través de unas fichas. Él mismo sumó todas o las restó. La multiplicación y división le resultaron imposibles. Por tanto observé una evolución en las operaciones matemáticas bastante grande.

5.2 ANÁLISIS DE RASGOS LINGÜÍSTICOS ORALES Y ESCRITOS

Errores fonológicos

Este paciente, al presentar afasia global, tenía muchos errores fonológicos. Es incapaz de articular muchos fonemas, sin embargo mejora bastante con la repetición. Las vocales también le cuestan bastante. Este paciente no presentaba habla espontánea por lo que observé su lenguaje oral en la tarea de repetición de palabras. Los fonemas que más utiliza en la repetición son: /θ/, /x/, /g/ y las vocales /e/ y /o/.

Errores morfosintácticos

Debido a la gravedad de su afasia es incapaz de realizar frases de manera oral por lo que no pude observar errores de concordancia y gramaticales. Sin embargo la copia es casi perfecta sin presentar apenas errores entre los elementos de la oración, respetando las reglas gramaticales de concordancia entre estos elementos.

Errores léxico semánticos

Este paciente presenta una estereotipia, (patrón verbal fijo) dice constantemente “quesós” y le impide articular correctamente otras palabras. También puede ser una perseveración de algún concepto que tenga en estado latente en su mente. La mayoría de sus palabras no se acercan a la original, son neologismos. En la copia ocurre algo similar que en el anterior apartado, las palabras que escribe están perfectas, sin ninguna falta, pero solo puede escribirlas si las copia, es decir, el dictado es incapaz de realizarlo.

Errores pragmáticos

Este paciente mejora mucho cuando empleo con él la técnica del apunte, es decir, al decirle la primera o primeras letras de la palabra. Utilizaba la lectura labial para acercarse a una mejor articulación de la palabra. Apenas existía conversación con este paciente pero respetaba muy bien el turno en la repetición de palabras, por lo que puedo decir que el aspecto pragmático no parece alterado.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

6.1 JERARQUIZACIÓN DE OBJETIVOS

Una vez observada la evolución de los pacientes en las diferentes pruebas, he decidido crear un programa de intervención para cada uno de ellos basándome en sus resultados individuales. De esta manera, cuento con unos objetivos generales para todos y unos objetivos específicos para cada uno.

Objetivos generales

- Favorecer la expresión oral.
- Potenciar la atención y memoria.
- Facilitar la escritura.
- Mejorar la comprensión y las estrategias que les permitan la codificación y la decodificación de la información.

Objetivos específicos del PACIENTE A

- Facilitar la repetición de sílabas, palabras y frases.
- Favorecer el uso de la expresión oral en conversaciones espontáneas y dirigidas.
- Potenciar los procesos cognitivos de atención y memoria a corto plazo.
- Integrar la adquisición del campo fonético y fonológico, léxico, semántico y pragmático.
- Adquirir los procesos de evocación de palabras ante la visualización de una imagen.
- Mejorar la comprensión y las estrategias que le permitan la codificación y la decodificación de la información.
- Fomentar las tareas de descripción de objetos de manera oral y escrita.
- Corregir el agramatismo.

Objetivos específicos del PACIENTE B

- Favorecer los procesos de atención y memoria.
- Fomentar los mecanismos de escritura.
- Facilitar la denominación de palabras y frenar su logorrea.
- Mejorar la comprensión y las estrategias que le permitan la codificación y la decodificación de la información.

Objetivos específicos del PACIENTE C

- Favorecer el lenguaje oral espontáneo.
- Potenciar la escritura y la copia.
- Facilitar los mecanismos de cálculo.
- Fomentar las tareas de repetición de palabras.
- Favorecer la zona orofacial a través de masajes orofaciales.

Esta intervención no se llevará a cabo de una manera rígida, ni presentará una secuenciación de objetivos que pretenda ser inalterable e inflexible. A pesar de haber jerarquizado los objetivos, puedo cambiarlos siempre que observe cambios en el paciente o que considere trabajar otro tipo de objetivos a medida que evoluciona.

6.2 METODOLOGÍA Y TEMPORALIZACIÓN

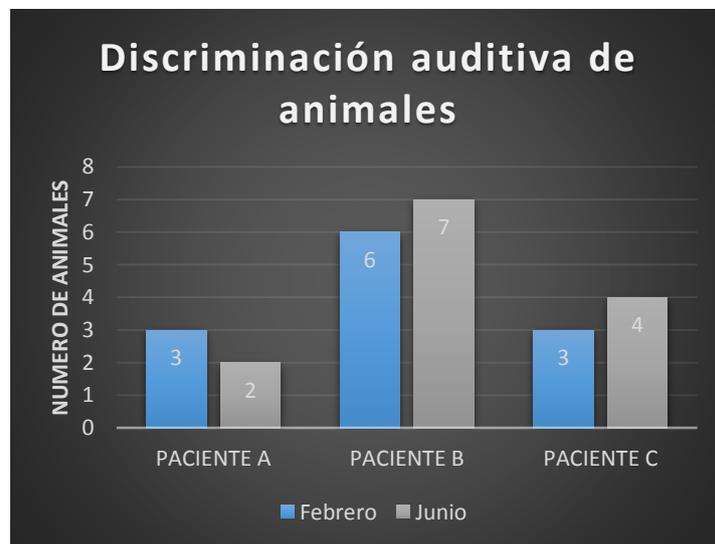
La manera que tenía de registrar los datos obtenidos en la realización de las pruebas era a través de la observación directa, apuntando las incidencias y resultados de las actividades en un cuaderno de campo y a través de la grabadora anteriormente descrita. La rehabilitación en la afasia se basa en la utilización de distintos módulos o sistemas funcionales que trabajando unidos facilitan la normalización de un sistema funcional alterado. Trabajar las áreas de alrededor para que incidan en la recuperación de la alterada. En pacientes con afasia, por tanto, utilizo estrategias de tratamiento múltiples, sobre todo teniendo en cuenta que hay que dirigir la atención hacia distintos sistemas funcionales alterados. El manejo de la lectura y de la escritura le facilitan la actividad de oír propiciando así tareas de evocación y retención que le permiten leer posibilitando actividades de memorización, evocación y oralización. En resumen, la intervención en afasia ha de ser permeable, siempre ajustable y en muchas ocasiones con frecuentes cambios de actividad. Es importante en todo momento que tanto al inicio como al final de la sesión las tareas sean clarificadoras y motivantes para la persona. La atención, la percepción y la memoria a corto plazo van a ser escalones iniciales y esenciales en los que se sustenta todo el proceso de aprendizaje. Sobre estas bases es posible realizar aprendizajes formales. Todos los afásicos con problemas comprensivos entienden mejor cuando se les habla lenta y directamente. A veces es necesario repetir los enunciados. Es indispensable hablar sin excesiva rapidez y con clara articulación.

Cuando me dirijo al paciente, facilito la comprensión si las frases son breves, sencillas, con estilo directo y con vocabulario usual. Utilizo la repetición como técnica que permite entrenar y mejorar el lenguaje oral, pero puede estar seriamente dificultada y precisar apoyo en la lectura y en la lectura labial. En muchas ocasiones el paciente me leía los labios y rápidamente conseguía enunciar la letra, sílaba o palabra. La lectura en voz alta incrementa igualmente la producción y mejora en el habla oral y contribuye a superar la agnosia auditiva y a reiniciar la producción oral. También la utilizo para la mejora en los procesos de estructuración morfosintáctica. La lectura es un recurso clave para generar asociaciones entre el procesamiento auditivo y la expresión oral.

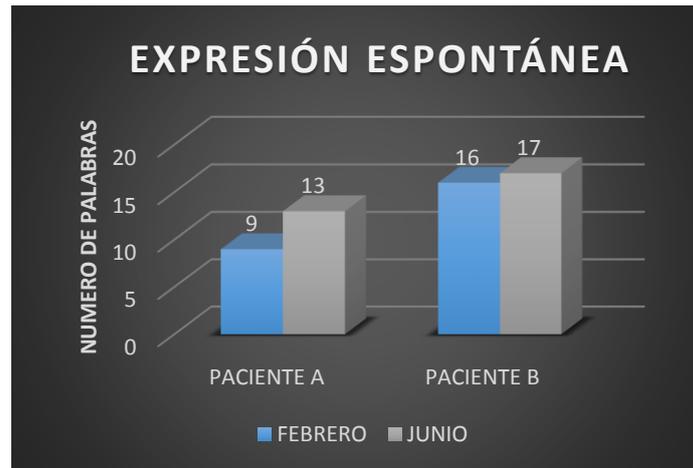
7. EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DE LOS PACIENTES

7.1 GRÁFICAS DE LA EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA EN LOS 3 CASOS

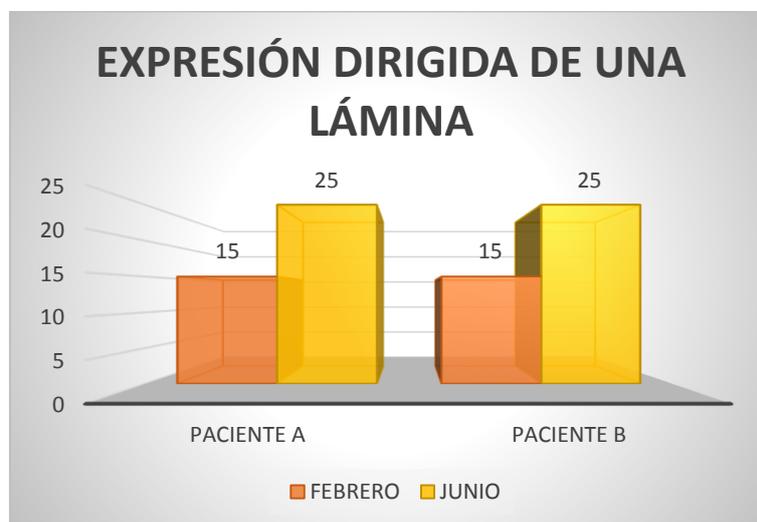
A continuación expongo todas las gráficas referentes a las pruebas realizadas que representan la evolución cronológica de los 3 pacientes en los meses de febrero a junio. Soy consciente de que estas gráficas no están basadas en instrumentos estadísticos rigurosos pero son muy ilustrativas de la evolución de los pacientes.



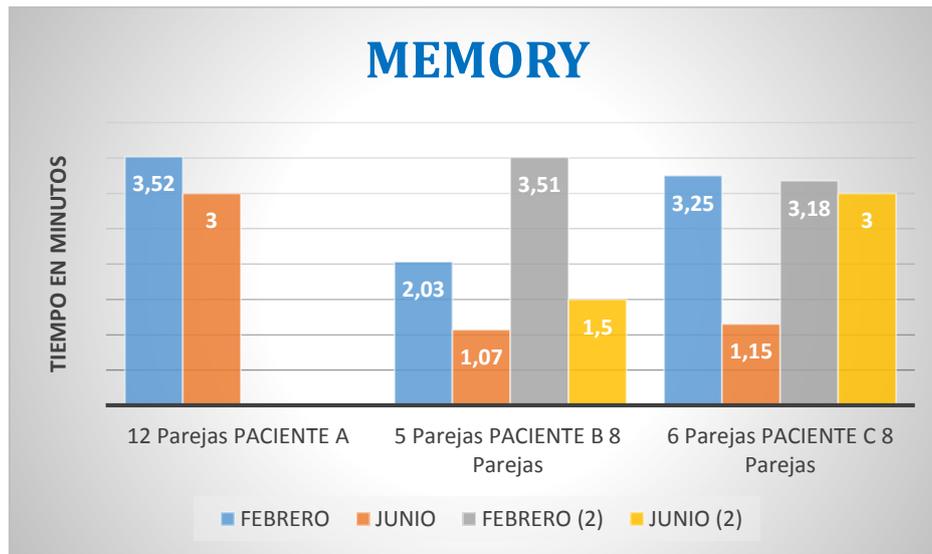
Gráfica 1: esta gráfica representa el número de errores cometidos por los 3 pacientes en la prueba de discriminación auditiva en febrero y junio. El número de animales eran 20.



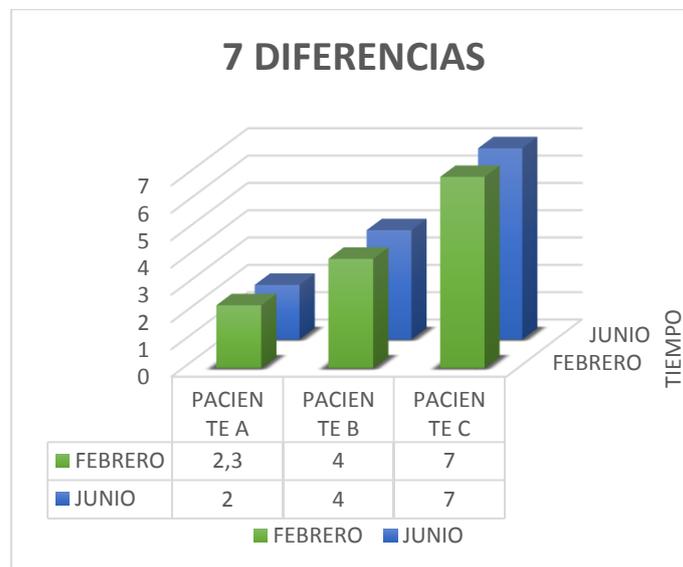
Gráfica 2: esta gráfica representa la expresión espontánea. Es difícil registrar el aumento según número de palabras y tantos por ciento, por eso he contado palabras diferentes que presentan ambos pacientes tanto en junio como en febrero. El PACIENTE A articula unas 9 palabras en febrero y 13 en junio. El PACIENTE B articula las mismas en ambos meses, he aumentado la gráfica porque su lenguaje es más fluente que el paciente A, también he aumentado un poco más la gráfica de junio por ser un lenguaje mejor.



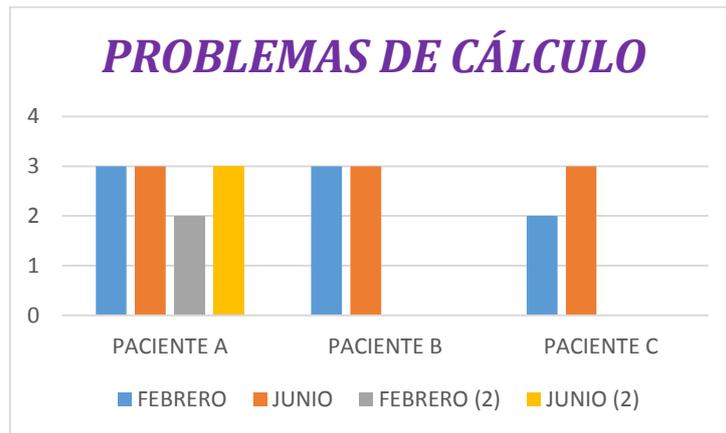
Gráfica 3: esta gráfica representa la expresión dirigida de una lámina. Al igual que la gráfica anterior es difícil representar la expresión oral de una lámina en una gráfica, por lo que he contabilizado, de la misma manera que he hecho con la anterior prueba, el número de palabras que denominaba cada paciente. En febrero, ambos han denominado unas 15 palabras diferentes y en junio 25 de una muestra de 5 minutos de habla.



Gráfica 4: esta gráfica representa la prueba del memory. No en todos los pacientes se realizó de la misma manera, por ese motivo está representado el tiempo pero también el número de tarjetas que fueron utilizadas en cada paciente. En el PACIENTE A utilicé 12 tarjetas en ambos meses, en el PACIENTE B utilicé 5 tarjetas primero y después 8 en ambos meses y en el PACIENTE C usé 6 tarjetas y luego 8 en ambos meses.



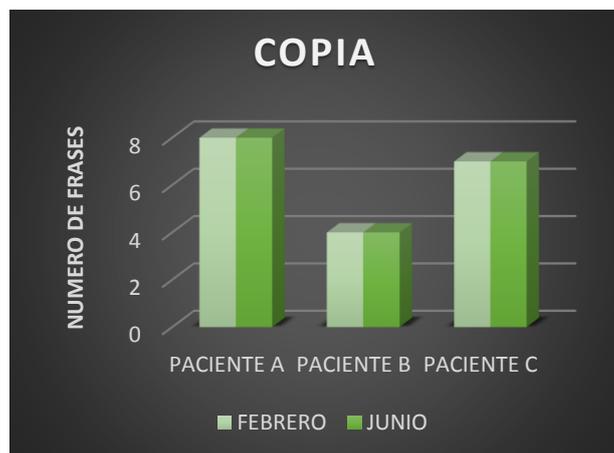
Gráfica 5: esta gráfica representa el tiempo que tardan los pacientes en buscar las 7 diferencias representado en minutos. El PACIENTE A es el más rápido. Hay que diferenciar que el PACIENTE B solo encuentra 6 de las 7 en Junio, y el PACIENTE C, que es el que más tarda, solo encuentra 4 en febrero y 7 en junio.



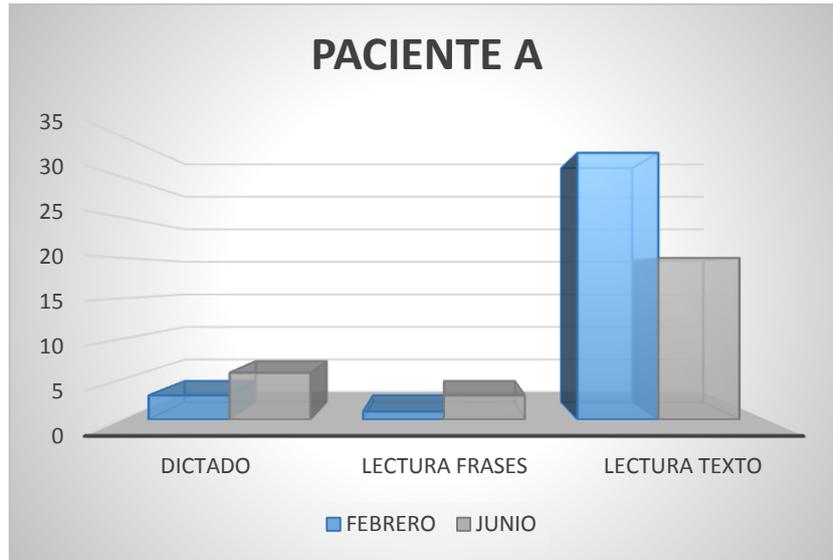
Gráfica 6: Esta gráfica es compleja de entender. Los problemas de cálculo eran 4 y consistían en una suma, una resta, una multiplicación y una división.

- Azul: suma y resta en febrero.
- Naranja: suma y resta en junio.
- Gris: multiplicación y división en febrero.
- Amarillo: multiplicación y división en junio.

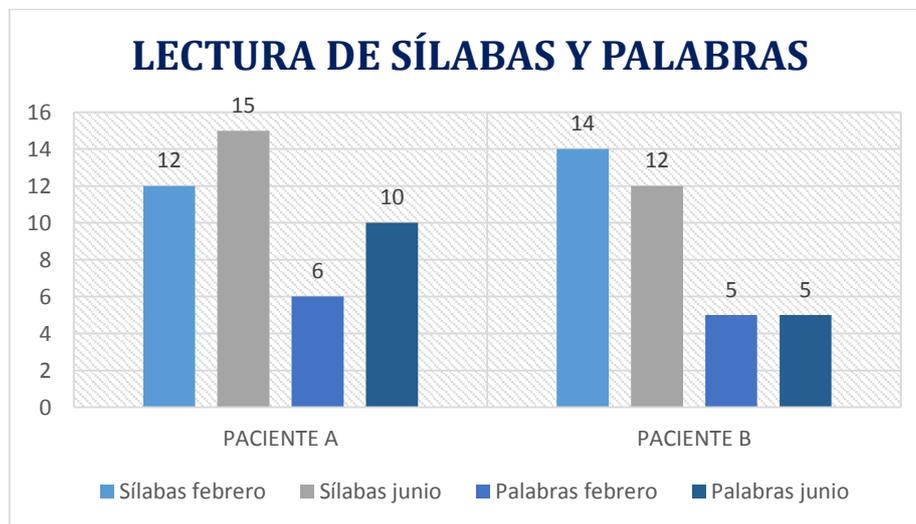
El PACIENTE A realizó todas las operaciones correctas menos en febrero (color gris) que realizó mal la multiplicación y la división, por ese motivo esa barra está un poco más baja. El PACIENTE B realizó correctamente solo suma y resta y el PACIENTE C realizó correctamente suma y resta solo, pero en febrero se equivocó en el resultado de la operación y por eso la barra azul está disminuida.



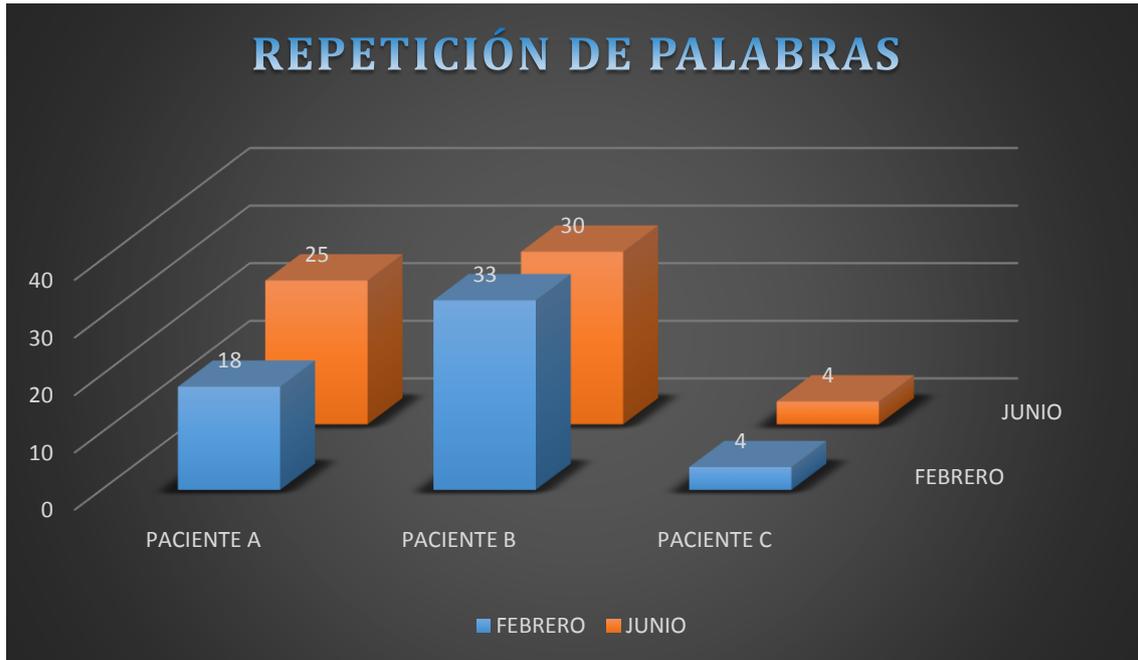
Gráfica 7: En esta gráfica se observa que el PACIENTE A realizó una copia perfecta de las 8 frases, el PACIENTE B solo realizó 4 de 8 bien y el PACIENTE C realizó también todas bien aunque con algunas faltas y por eso la gráfica se ve disminuida con respecto al PACIENTE A.



Gráfica 8: Esta gráfica engloba tres pruebas del PACIENTE A, ya que sólo las pudo realizar él. La primera es el dictado donde en el primer caso realizó 3 correctas de 6 y en el segundo caso realizó las 6 perfectas. En la lectura de frases leyó correctamente 1 de 8 en febrero y 3 de 8 en junio. Por último, en la lectura del texto, contando con que este tenía 88 palabras, he basado la gráfica en los fallos cometidos; en febrero tuvo 33 fallos y en junio 20.



Gráfica 9: Esta gráfica representa la lectura de sílabas y palabras. Las 2 primeras barras indican el número de aciertos en la lectura de sílabas, sobre un total de 20 en febrero y junio. Las 2 últimas barras indican el número de aciertos de sílabas sobre un total de 18 en febrero y junio.



Gráfica 10: Esta gráfica muestra los aciertos en la prueba de repetición de palabras de los tres pacientes. El total de palabras eran 35 en los 3 casos.

8. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL

Una vez realizado el trabajo de investigación, voy a finalizarlo señalando los aspectos más importantes y concluyentes. Respecto a las tareas realizadas con los tres pacientes, puedo afirmar que existe una evolución favorable en los tres. El PACIENTE A presenta un gran progreso en todas las pruebas como se observa en las gráficas. Algo parecido ocurre con el PACIENTE B, observando una mejora en las pruebas de expresión de lámina dirigida, memory y cálculo. En expresión espontánea, copia y lectura de palabras se mantiene igual y en el resto de pruebas se observa una leve disminución debida, sobre todo, a que fue operado de cataratas y por ello obtuvo menor puntuación en los resultados. El PACIENTE C presenta una evolución favorable en las pruebas de memory y cálculo; los resultados en copia y repetición no se alteran y se produce una disminución en los resultados de la discriminación auditiva de sonidos de animales y las 7 diferencias.

Analizando los objetivos planteados al inicio del trabajo, puedo afirmar con exactitud el cumplimiento de todos ellos. He podido observar un contraste evolutivo en los tres meses de intervención logopédica en los tres pacientes con diferente tipo de afasia.

Además, todos los pacientes han mostrado mejoría en cuanto a la comunicación oral y escrita por lo que el segundo objetivo está cumplido. En cuanto al tercer objetivo planteado, también he descrito y analizado los rasgos lingüísticos de los tres pacientes con afasia, observando estos rasgos en las pruebas llevadas a cabo. A la vista de estos rasgos lingüísticos descritos y analizados, también se verifican los objetivos específicos puesto que he analizado la influencia de los factores internos del propio paciente. En este caso he observado en el PACIENTE C cómo ha influido la intervención logopédica en su mejora y cómo, no haber tenido intervención logopédica durante 2 meses, ha repercutido en el resultado de los datos obtenidos en junio, produciendo una disminución en la mejoría de estos. Sin embargo también existen factores externos al paciente, como enfermedades, observables en el PACIENTE B que fue operado de cataratas y ello influyó negativamente en los resultados obtenidos en junio; y el trabajo personal, observado sobre todo en el PACIENTE C durante su estancia vacacional, que hizo que no perdiera todo el lenguaje.

Espero que a partir de la propuesta de intervención logopédica presentada, estos pacientes sigan mejorando y consigan una evolución favorable así como un mantenimiento de todas las destrezas que tienen adquiridas. Gracias a esta investigación he tenido la oportunidad de observar de manera directa la evolución de tres pacientes con afasia.

Mi valoración personal sobre esta investigación resulta más que satisfactoria. He conseguido lo que quería y se han cumplido todos mis objetivos. Gracias a este trabajo he finalizado mi carrera de logopedia con un acercamiento a una patología que admiro y he tenido la ocasión de contar con tres pacientes, a los que ya conocía, increíbles, los cuales me han ayudado a que este trabajo haya salido adelante.

Estoy muy orgullosa de la investigación que he llevado a cabo y espero, de corazón, que estos tres pacientes sigan una evolución favorable durante su rehabilitación logopédica en el gabinete Teralen³⁰⁰⁰ de Valladolid.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y FUENTES DOCUMENTALES

Borregón Sanz, S. González Calvo, A. (2000). *La afasia. Exploración, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: CEPE. (2ª edición).

Catalá, B. Gallego, M. y Talavera, M. (2008). "Material para la rehabilitación de las afasias y otras alteraciones del lenguaje". En Alegre Villarroya, J.R. y Pérez Calleja, M. *Guía práctica de los trastornos del lenguaje*. Barcelona: Lebón. (pp. 135-170).

Helm-Estabrooks, N. Albert, M. (1994). *Manual de terapia de la afasia*. Madrid. Panamericana.

Pérez- Pamies, M., Manero, R. M^a y Bertrán-Serra, I. (2001). "Afasia". En Peña Casanova, J. *Manual de Logopedia*. Barcelona: Masson. (pp. 369-407).

Cuetos Vega, F. (2003). *Anomia: la dificultad para recordar las palabras*. TEA ediciones.

Gallardo Paúls, B. (2007). *Pragmática para logopedas*. Universidad de Cádiz. Servicio de publicaciones.

Gallardo Paúls, B. (2005). Afasia y conversación. *Las habilidades comunicativas del interlocutor-clave*. Tirant Lo Blanch. Valencia.

González Lázaro P. y González Ortuño B (2012). *Afasia de la teoría a la práctica*. Madrid. Panamericana.

Cuetos Vega F. (2011). *Neurociencia del lenguaje*. Madrid. Panamericana.

Ardila, A. (2006). *Las afasias*. Department of communication sciences and disorders. Florida international University. Miami, Florida, EE.UU.