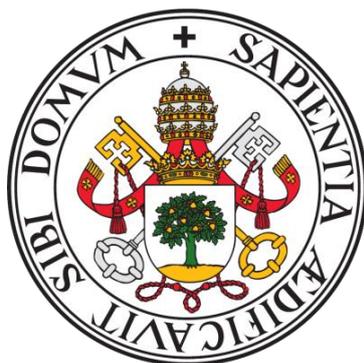


UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN LOGOPEDIA



TRABAJO DE FIN DE GRADO



**Análisis lingüístico en pacientes con  
Afasia Progresiva Primaria: la importancia de la  
logopedia como herramienta de mejora**

**Autora:** Alba Fernández Torres

**Tutora:** Ana Maroto Bueno

Curso 2023/2024



## **RESUMEN**

La Afasia Progresiva Primaria es un trastorno neurodegenerativo que forma parte de la demencia frontotemporal y se compone de tres variantes: agramática, semántica y logopénica. Su principal complicación es la dificultad progresiva del lenguaje. Este trabajo tiene como objetivo conocer la sintomatología principal de cada una de las variantes y mencionar la importancia del logopeda en el transcurso de la enfermedad. Se presenta un análisis comparativo entre la variante logopénica de la afasia y la Enfermedad de Alzheimer, debido a la confusión que existe para lograr su correcto diagnóstico. Los resultados obtenidos repercuten en la importancia de la investigación para evitar limitaciones a la hora de desarrollar estudios científicos.

**PALABRAS CLAVE:** afasia neurodegenerativa, variante logopénica, enfermedad de alzhéimer, demencia frontotemporal, protolenguaje, afasia.

## **ABSTRACT**

Primary Progressive Aphasia is a neurodegenerative disorder that is part of frontotemporal dementia and is composed of three variants: agrammatic, semantic and logopenic. Its main complication is the progressive language difficulty. This paper aims to know the main symptomatology of each of the variants and to mention the importance of the speech therapist in the course of the disease. A comparative analysis between the logopenic variant of aphasia and Alzheimer's disease is presented, due to the confusion that exists to achieve its correct diagnosis. The results obtained have repercussions on the importance of research to avoid limitations when developing scientific studies.

**KEYWORDS:** neurodegenerative aphasia, logopenic variant, alzheimer's disease, frontotemporal dementia, protolanguage, aphasia.



## ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN .....	6
2	OBJETIVOS.....	8
3	ESTADO DE LA CUESTIÓN .....	9
4	METODOLOGÍA .....	10
5	MARCO TEÓRICO .....	11
5.1	Protolenguajes .....	11
5.2	Concepto de <i>afasia</i> .....	11
5.3	Clasificación de las afasias.....	12
5.4	Primeras aproximaciones a la Afasia Progresiva Primaria: criterios diagnósticos.....	14
5.5	Características y subdivisión de la Afasia Progresiva Primaria ..	18
5.5.1	<i>Afasia progresiva primaria no fluente o app agramática.....</i>	20
5.5.2	<i>Afasia progresiva primaria semántica o demencia semántica .....</i>	20
5.5.3	<i>Afasia progresiva primaria logopénica o variante fonológica .....</i>	21
6	ANÁLISIS DE CASOS PRÁCTICOS.....	22
6.1	Fase preanalítica.....	22
6.1.1	Caso 1.....	22
6.1.2	Caso 2.....	24
6.2	Fase analítica.....	25
7	RESULTADOS .....	27
8	DISCUSIÓN .....	31
9	CONCLUSIONES .....	34
10	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
11	ANEXO <i>MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO</i> .....	38



## 1 INTRODUCCIÓN

Con ánimo de arrojar luz y de confeccionar un estudio de corte teórico, este trabajo de investigación plantea una revisión bibliográfica sobre una de las patologías más acusadas entre los seres humanos, la afasia, y, más concretamente, la Afasia Progresiva Primaria (APP).

La afasia es una patología muy común en la población adulta, y muchos usuarios la padecen por etiología neurológica o vascular, alterándose el lenguaje por un daño cerebral adquirido, como es el caso de los ACV o ictus, TCE, tumores, etc. Muchos otros la padecen con carácter neurodegenerativo y pertenecen a otra clasificación diferente que no se tiene tanto en cuenta, mostrando deterioro progresivo del lenguaje (Ardila, 2010). Este es el caso de la Afasia Progresiva Primaria.

La APP cuenta con tres variantes, descritas por Mesulam en 1982, la variante agramatical, la variante semántica y la variante logopénica (Matias-Guiu y García Ramos, 2013). Además, se puede corroborar que algunos factores de prevalencia de la APP son su aparición entre los 50 y los 70 años, además de mayor incidencia en usuarios con baja escolaridad y factores de riesgo cardiovasculares, no existiendo claras evidencias en cuanto al sexo (Montoya Bedoya et al., 2022).

La elección de este estudio se debe al interés por el limitado conocimiento sobre la variante logopénica de la Afasia Progresiva Primaria, en contraposición a la clasificación tradicional de las afasias que establecía Ardila, donde no suele haber dificultades en cuanto a su diagnóstico. En el caso de esta afasia de origen neurodegenerativo, en numerosas ocasiones se priorizan los déficits de memoria y no los cambios progresivos del lenguaje, confundiendo el diagnóstico con la Enfermedad de Alzheimer. Con el fin de evitar este aspecto y llegar a un correcto diagnóstico de APPvl, deben considerarse las alteraciones en el lenguaje como síntoma principal y, además, tenerse en cuenta unos criterios diagnósticos de inclusión y exclusión que se declaran en un consenso internacional.

Asimismo, es preciso indagar sobre las características y dificultades individuales de cada usuario a pesar de que presenten la misma patología, para tratar de conseguir nuevas evidencias e intentar alcanzar un conocimiento pleno

sobre ello, proporcionando así numerosos estudios que ayuden a cubrir las necesidades de la población afectada.

La entidad de comunicarse y ser capaces de expresar lo que se quiere decir, es una necesidad, y estos usuarios afásicos a veces carecen de esta facultad, por lo que necesitan un diagnóstico preciso que les dote de la información necesaria sobre la sintomatología de su patología. Esto les facilitará la posibilidad de solicitar un tratamiento específico, como ocurre en el caso del lenguaje, donde el papel del logopeda cobra un gran valor. Para el logopeda, una valoración íntegra de cada uno de los aspectos lingüísticos es imprescindible para proporcionar una terapia de rehabilitación apta y completa para cada uno de los individuos que la requieran.

## 2 OBJETIVOS

El propósito de este Trabajo de Fin de Grado es conocer las características lingüísticas de pacientes con Afasia Progresiva Primaria de manera teórica a través de diferentes casos. Se seleccionarán de manera pormenorizada estudios recientes que traten y profundicen sobre esta patología y se extraerá una larga retahíla de conclusiones que serán trascendentales para el ámbito de la Logopedia. Por consiguiente, los objetivos específicos planteados en este estudio de investigación son:

- conocer qué se entiende por Afasia Progresiva Primaria;
- conocer los errores lingüísticos más comunes en pacientes con APP variante agramática;
- conocer los errores lingüísticos más comunes en pacientes con APP variante semántica;
- conocer los errores lingüísticos más comunes en pacientes con APP variante logopénica;
- comparar y sacar conclusiones de las diferencias entre individuos con APPvI y EA, considerando los factores de prevalencia de la patología;
- valorar qué tipo de rehabilitación sería efectiva para la intervención logopédica en este tipo de pacientes.

Asimismo, el objetivo principal y general que se propone este trabajo de índole teórica es confeccionar un estudio que sirva para futuras investigaciones y revisiones teóricas relacionadas con la Afasia Progresiva Primaria y con los casos particulares de pacientes con este tipo de trastorno.

### 3 ESTADO DE LA CUESTIÓN

A continuación, se presenta una breve revisión bibliográfica sobre algunos artículos que han contribuido notablemente en el desarrollo de este trabajo de investigación sobre la Afasia Progresiva Primaria. Primeramente, para la elaboración del marco teórico, se han utilizado las aportaciones de Brickerton (1990) sobre el protolenguaje, proporcionadas por la *Revista Española de Lingüística*, así como la participación de Steven Pinker (1995), exponiendo la teoría dominante del origen del lenguaje en su libro *El instinto del lenguaje*.

Asimismo, se comparten las principales clasificaciones de los síndromes afásicos según los autores Benson y Ardila en 1996, las que posteriormente el autor Ardila considerará como incompletas en 2010, aportando nuevas consideraciones. Por otro lado, en la *Revista Signos, Estudios de Lingüística*, algunos autores como Gorno-Tempini (2011), Mesulam (2014) y Botha (2015), mencionan ciertos criterios diagnósticos para determinar y clasificar las variantes de la APP.

Por último, la proyección del análisis de este trabajo de investigación se ha llevado a cabo a partir de la selección de dos casos prácticos, extraídos de la *Revista Psicogeriatría* (2009) y la *Revista Neuro-Psiquiatría* (2012), que mencionan las características principales de la patología y profundizan sobre los síntomas lingüísticos de los individuos que la padecen. Todas estas obras, entre otras muchas, han sido las más relevantes para la confección de este trabajo teórico y de reflexión bibliográfica sobre la Afasia Progresiva Primaria.

## 4 METODOLOGÍA

La metodología se encuentra dividida en dos apartados diferenciados. Por un lado, el marco teórico, y, por otro, el análisis a través de dos casos prácticos. La recogida de información del marco teórico se ha realizado a través de una pormenorizada y profunda consulta y revisión bibliográfica. Se han utilizado: Google Académico, SciELO, PubMed y Dialnet, fundamentalmente. Se han encontrado artículos científicos que nos aportan información que puede ser de interés para conocer aspectos relevantes sobre la temática del trabajo.

Algunos términos clave que se han utilizado son: *protolenguaje*, *lenguaje*, *Afasia Progresiva Primaria*, *variante logopénica*, *Afasia Progresiva*, *demencia* y *afasia neurodegenerativa*. Tras finalizar la búsqueda de información que aporta conocimientos sobre el tema a desarrollar, se recoge la que sea de interés y más relevante para plasmar en el trabajo, realizando así el marco teórico. Cabe destacar que no se ha incluido información de todos los artículos encontrados, sino que algunos simplemente han servido para ampliar conocimientos sobre la temática del TFG. De este modo, la metodología que se ha llevado a cabo ha sido de corte cualitativo e investigativo.

En cuanto al análisis de casos, se ha realizado la búsqueda en las plataformas anteriores hasta encontrar dos que resulten de interés para contrastar. La presente investigación consistirá en una comparativa sobre un caso de variante logopénica de APP y un caso de EA con variante afásica incipiente, mencionándose la edad y la escolaridad de los individuos, siendo estos algunos de los factores de prevalencia de la Afasia Progresiva Primaria.

## **5 MARCO TEÓRICO**

### **5.1 Protolenguajes**

En la lingüística, se abarcan diferentes teorías sobre el origen del lenguaje y su adquisición, sin embargo, no todas son fiables. Por tanto, se deben excluir teorías no científicas. Para ilustrar cómo y dónde se originó el lenguaje, se da validez a las consideraciones de Steven Pinker y Derek Brickerton. El investigador Pinker (1995), sostiene el origen natural del lenguaje bajo una teoría, que expone que algunos genes implicados en el sistema lingüístico facilitan la comunicación. Se cree que esta teoría centrada en la selección natural, establece las capacidades lingüísticas en el cerebro de los hablantes más habilitados para desarrollar el lenguaje. Asimismo, comenta que es posible que hayan surgido mutaciones y se hayan producido cambios complejos en el lenguaje, apareciendo así la sintaxis (Pérez Mantero, 2013).

Según Brickerton (1990) un protolenguaje es “un modo de expresión lingüística que carece de las estructuras formales complejas que caracterizan a las lenguas humanas”. Un protolenguaje se origina cuando un sujeto está inhabilitado para aprender una lengua, cuando su obtención completa es interrumpida, o cuando tiene un lenguaje íntegro pero debido a una incapacidad ya no puede emplearlo correctamente. Se encuentran diferentes tipos de protolenguajes: el que utilizan los niños a sus dos años, las primeras manifestaciones del lenguaje en el curso a una segunda lengua, el lenguaje aprendido por niños salvajes o chimpancés adiestrados, y el lenguaje de los sujetos con afasia con afectación en la producción oral (Pérez Mantero, 2013).

### **5.2 Concepto de *afasia***

Reyes Tejedor (2013) define el concepto de *afasia* como un trastorno de la comunicación ocasionado por una lesión cerebral, que se caracteriza por un deterioro total o parcial de la comprensión, expresión y manejo del lenguaje, excluyendo así trastornos referidos a déficits sensoriales, retraso mental o aspectos psiquiátricos. Esta definición ya fue previamente establecida por otro autor, Niscoli, en 1978. En 1996, el autor Hernández Sacristán expone que la

afasia afecta únicamente a las manifestaciones lingüísticas, manteniendo prácticamente íntegras el resto de habilidades, y, por tanto, debe contemplarse como un tipo de patología lingüística principal de la conducta verbal (Reyes Tejedor, 2013).

Se tienen en cuenta dos áreas de la corteza cerebral del hemisferio izquierdo: el área de Broca y el área de Wernicke. La primera de ellas está ubicada en la tercera circunvolución frontal y se centra en la producción sintáctica, por lo que una alteración en esta área imposibilitaría el habla y la escritura, pero permitiría la comprensión y la lectura. La segunda está ubicada entre la circunvolución temporal superior y el lóbulo parietal, y una alteración en esta área impediría comprender y producir correctamente el lenguaje (Arsuaga y Martínez, 1998).

### 5.3 Clasificación de las afasias

Los investigadores tienden a clasificar las variedades de afasia basándose en las características del lenguaje y, sin embargo, es necesario un análisis exhaustivo de los síndromes afásicos para comprender sus características clínicas. La mayoría de estos investigadores utilizan divisiones sencillas para clasificar las afasias, como la expresiva – receptiva de Weisenburg y McBride (1935), la motora – sensorial de Wernicke, la anterior – posterior Goodglass y Kaplan (1972), la fluente – no fluente de Benson (1967), y la sintagmática – paradigmática propuesta por Jakobson en 1964, que después incorpora el autor Luria en 1980 (Ardila, 2005):

Expresiva	Receptiva
Motora	Sensorial
Anterior	Posterior
No fluída	Fluída
Trastorno sintagmático	Trastorno paradigmático
Trastorno en la codificación	Trastorno en la decodificación
Tipo Broca	Tipo Wernicke

Tabla 1: Principales dicotomías señaladas en la literatura para distinguir las dos grandes variantes de las afasias, según Luria (Ardila, 2005)

En los últimos años se ha conseguido un gran adelanto en la clasificación de esta patología debido a la presentación de técnicas como la resonancia

magnética (RM) y por ello, se consiguió distinguir entre diferentes síndromes afásicos. En la *Tabla 2* se observan clasificaciones de autores con diferente criterio; sin embargo, en ninguna de ellas aparece la Afasia Progresiva Primaria. Esta clasificación se da en 1996, por los autores Benson y Ardila, gracias a novedosos estudios sobre el lenguaje. Se basa en dos zonas cerebrales, la cisura de Silvio y la de Rolando.

Broca 1865	Wernicke 1874	Pick 1913	Head y McBride 1926	Weisen- burg 1933	Kleist 1934	Goldstein 1948	Brain 1961	Bay 1962	Luria 1966	Benson 1971	Hécaen 1978	Kertesz 1979	Benson 1979	Lecours 1983
Afemia	Cortical motora	Expresiva	Verbal	Expresiva	Mudez verbal	Central motora	Broca	Disartria cortical	Motora eferente	Broca	Agramática	Broca	Broca	Broca
Amnesia verbal	Cortical sensorial	Impresiva sintáctica	Sintáctica pura	Receptiva verbal	Sordera	Sensorial	Sordera verbal	Sensorial	Sensorial	Wernicke	Sensorial	Wernicke	Wernicke	Wernicke Tipo I
---	Conducción	---	---	---	Repetición	Central	Central	---	Motora eferente	Conduc- ción	Conduc- ción	Conduc- ción	Conduc- ción	Conduc- ción
---	Transcortical motora	---	---	---	---	Transcortical motora	---	Ecolalia	Dinámica motora	Transcorti- cal motora	Transcorti- cal motora	Transcorti- cal motora	Transcorti- cal motora	Spontaneidad
---	Transcortical	---	Nominal	---	---	Transcortical	---	---	---	Transcorti- cal sensorial	Transcorti- cal sensorial	Transcorti- cal sensorial	Transcorti- cal sensorial	Wernicke Tipo II
---	---	---	---	---	---	Ecolalia	---	---	---	Aislamiento área lenguaje	---	Aislamiento mixta	Transcortical	---
---	---	Amnésica	Semántica	Amnésica	Amnésica	Amnésica	Nominal	Amnésica	Semántica Amnésica	Anómica	Amnésica	Anómica	Anómica	Amnésica
---	Total receptiva	Total	---	Expresiva	---	---	Total	---	---	Global	---	Global	Global	---
---	Motora subcortical	---	---	---	Anartrica	---	---	---	---	Afemia	Motora pura	---	Afemia	Anartria pura

Tabla 2: Principales clasificaciones de los síndromes afásicos, según Benson y Ardila (Ardila, 2005)

Ardila (2010) modificó su clasificación, y aportó nuevos patrones de la organización cerebral del lenguaje, dividiéndolas en afasias primarias, secundarias y disejecutivas. Sin embargo, esta clasificación se seguía apoyando en el desarrollo lingüístico de sujetos con patología neurológica y no tiene en cuenta a aquellos sujetos con patología neurodegenerativa que muestran deterioro progresivo del lenguaje, por tanto, la Afasia Progresiva Primaria no estaría dentro de la clasificación de afasias de etiología vascular (Bocanegra García, 2023).

A pesar de todo, es posible que determinadas afasias que se encuentran en diferentes clasificaciones tengan componentes lingüísticos similares. Esto puede facilitar acercamientos entre cada uno de los tipos de afasia y, así, es como el autor Ardila consigue explicar la sintomatología de la APP (Bocanegra García, 2023).

#### **5.4 Primeras aproximaciones a la Afasia Progresiva Primaria: criterios diagnósticos**

La demencia engloba a un conjunto de trastornos de tipo progresivo y crónico, y más concretamente, la demencia frontotemporal (DFT), es un síndrome que se caracteriza por degeneración y atrofia cortical progresiva de los lóbulos frontales y la región anterior de los temporales. Siendo una de las causas más habituales de demencia en adultos menores de 65 años, y pudiendo ser subdiagnosticada en personas mayores de 70 años, consiste en un síndrome neurodegenerativo que dispone de dos variantes clínicas: la variante conductual (DFTvc) y la afasia progresiva primaria (APP). Se valora que la variante APP puede corresponder al 30-50% de los pacientes con DFT, mientras que la variante conductual se presenta de manera más habitual y precoz (Montoya Bedoya, 2022).

Fue Mesulam en el año 1982 quién introdujo el término de APP, refiriéndose a individuos con dificultades predominantes en el lenguaje y un deterioro parcial en el resto de dominios cognitivos, y teniendo en cuenta 2 años de evolución. Las tres variantes clínicas presentes son la APP agramática, caracterizada por alteraciones en la producción del lenguaje, con pausas y distorsiones, cambios en la prosodia, agramatismo y apraxia del habla; APP semántica, que se caracteriza por la presencia de anomia y alteración en la comprensión de las palabras; y APP logopénica, caracterizada por lenguaje hipofluente debido a la anomia y la alteración en la repetición de oraciones (Montoya Bedoya, 2022).

También se tiene en cuenta un grupo de individuos que no puede incluirse en ninguna de las variantes («APP inclasificable») porque presentan síntomas lingüísticos puntuales o características de más de un grupo (Matías-Guiu y García-Ramos, 2013). El comienzo de la APP se suele dar entre los 50-70 años, y actualmente no se contemplan claras diferencias en cuanto al sexo. Suelen ser casos aislados, con mayor prevalencia en individuos con baja escolaridad o trastornos del aprendizaje, factores de riesgo cardiovasculares o mutaciones en el cromosoma 17 (Montoya-Bedoya, 2022).

Actualmente, para diagnosticar la variante correspondiente de la APP, se deben concluir los criterios diagnósticos que se manifiestan en un consenso internacional (García Bercianos, 2019). A continuación, se muestran en la *Tabla 3* los criterios generales según Gorno-Tempini et al. (2011).

<b>Diagnóstico de afasia progresiva primaria</b>	
Criterios de inclusión: 3/3	La característica clínica más prominente es la dificultad con el lenguaje.
	Estos déficits son la principal causa de deterioro de las actividades diarias.
	La afasia ha de ser el principal déficit al comienzo y en las primeras fases de la enfermedad.
Criterios de exclusión: 1/4	El patrón de los déficits se explica mejor por otro trastorno médico o no degenerativo del sistema nervioso.
	Las alteraciones cognitivas son explicadas mejor por un diagnóstico psiquiátrico.
	Deterioro prominente desde el inicio en memoria episódica, memoria visual o visoperceptual.
	Deterioro conductual prominente desde el inicio.

Tabla 3: *Criterios diagnósticos generales para caracterizar la APP* (García Bercianos, 2019)

Se deben cumplir los tres criterios de inclusión para confirmar el diagnóstico, y si aparece uno de los criterios de exclusión, el diagnóstico de APP sería incorrecto. Por otro lado, cada una de las variantes clínicas de la afasia presentan criterios específicos para diferenciar entre una u otra, que se muestran en la *Tabla 4*.

Se tienen en cuenta tanto los criterios nucleares y específicos, que exponen la sintomatología lingüística, como las pruebas de neuroimagen, que muestran la localización de la atrofia en regiones específicas del cerebro. Puede aparecer evidencia de una enfermedad neurodegenerativa, como sería el caso de la Afasia Progresiva Primaria, o incluso podría observarse una mutación genética. Con estas pruebas también existiría posibilidad de diagnosticar una variante concreta de la patología.

Afasia Progresiva Primaria	No fluente o agramática APPvNF		Semántica APPvS		Logopénica APPvL	
Criterios nucleares	1/2	Agramatismo	2/2	Deterioro denominación	2/2	Deterioro recuperación de palabras sueltas en habla espontánea y en denominación
		Apraxia del habla		Deterioro comprensión de palabras		Deterioro en repetición de palabras y frases
Diagnóstico clínico de variante específica de APP (2/2) Criterios Específicos	2/3	Deterioro comprensión frases complejas	3/4	Deterioro conocimiento de objetos, sobre todo aquellos poco familiares o poco frecuentes	3/4	Errores fonológicos en habla espontánea y nominación
		Comprensión de palabras preservada		Dislexia superficial o disgrafía		Conocimiento de objetos y comprensión de palabras conservados
		Conocimiento de objetos preservado		Repetición de palabras preservada		Producción del habla preservada a nivel motor
				Producción del habla preservada (a nivel gramático y motor)		Ausencia de agramatismo franco
Diagnóstico de variante de APP con pruebas de neuroimagen (2/2)	1/1	Diagnóstico clínico de variante específica de APP				
	1/2	Atrofia (RMI) o hipometabolismo / hipoperfusión (SPECT) en región frontal posterior e insular izquierdas	1/2	Atrofia (RMI) o hipometabolismo / hipoperfusión (SPECT) en región temporal anterior	1/2	Atrofia (RMI) o hipometabolismo / hipoperfusión (SPECT) en región perisilvana posterior o parietal izquierdas
Diagnóstico de variante de APP con patología definida (2/2)	1/1	Diagnóstico clínico de variante específica de APP				
	1/2	Evidencia histopatológica de una enfermedad neurodegenerativa				
	1/2	Presencia de una mutación patogénica				

Tabla 4: *Criterios diagnósticos específicos para caracterizar las variantes de la afasia progresiva primaria* (García Bercianos, 2019)

El autor Mesulam (2014) plantea una síntesis del diagnóstico de las variantes de APP en una aproximación bidimensional, valorando dos factores lingüísticos: alteración en comprensión de palabras y gramática de las frases. Este autor clasifica y distingue las variantes como: APP con agramatismo, APP semántica, APP logopénica y, por último, APP mixta, para aquellos casos que no podían catalogarse en las anteriores.

El objetivo de esta clasificación se apoya en evitar ambigüedades a la hora de proporcionar el diagnóstico, así como considerar e incluir a aquellos pacientes que presentan dificultades de más de una variante. Esta variante mixta está determinada por deterioro en comprensión y en gramática en las primeras fases

de la enfermedad, considerando así los criterios nucleares (García Bercianos, 2019).

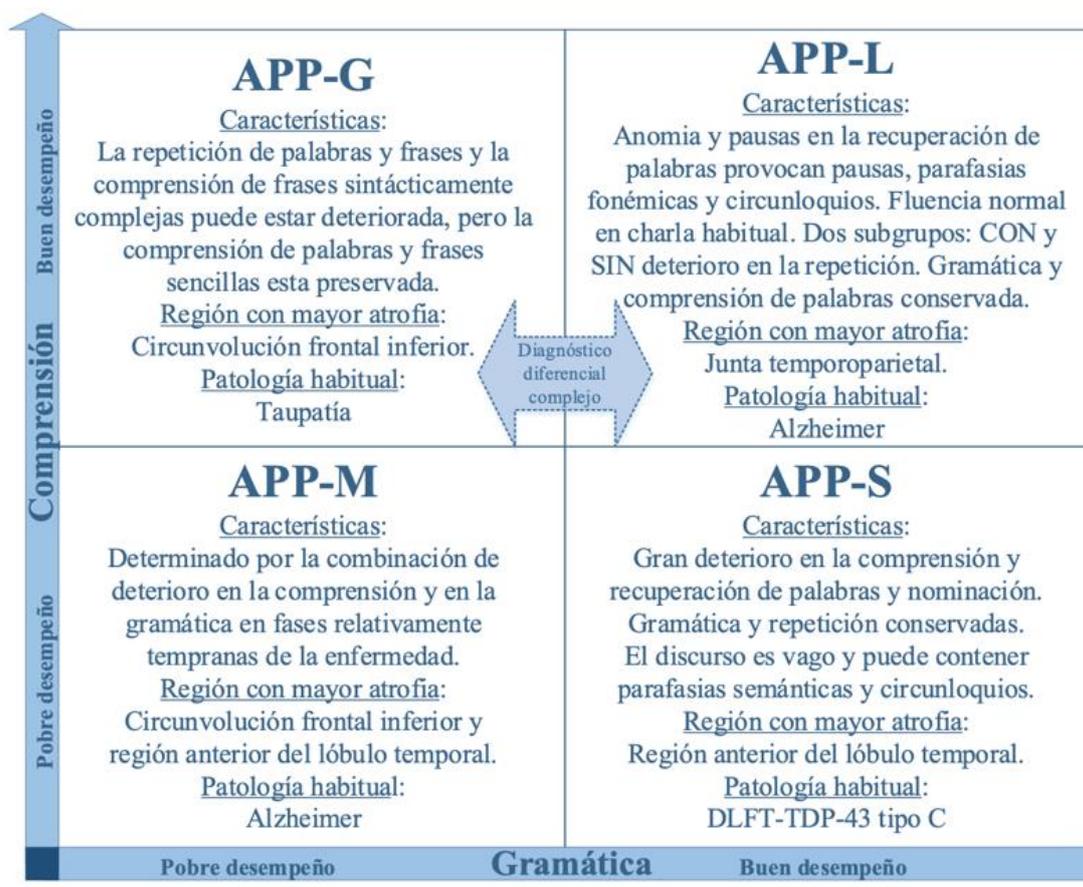


Tabla 5: Clasificación diagnóstica bidimensional del criterio establecida por Mesulam et al. (2014) (García Bercianos, 2019)

El equipo de Botha, Duffy, Whitwell, Strand, Machulda, Schwarz, Reid, Spsychalla, Senjem, Jones, Lowe, Jack y Josephs (2015) comprobó los criterios internacionales, al localizar algunas dificultades en el empleo de los criterios de Gorno-Tempini et al. de 2011 (García Bercianos, 2019). Principalmente, una gran cantidad de individuos no podían ser clasificados por medio de los criterios de la APP o cumplían criterios de más de una variante. En segundo lugar, se presentaban dificultades para identificar si las pausas o interrupciones correspondían a la variante agramática o a la variante logopénica. Finalmente, los individuos con trastornos motores del habla cumplían el criterio de afasia no fluente, aunque no cumplieran los criterios nucleares de la APP (García Bercianos, 2019). Para solucionar estos problemas, Botha et al. en 2015 presentaron una nueva subdivisión (García Bercianos, 2019):

- a) 'Apraxia progresiva del habla' (APdH): la apraxia es la principal señal. El habla puede ser agramática o telegráfica, pueden aparecer dificultades en comprensión, en escritura y en denominación o producirse disartria.
- b) 'Afasia progresiva agramática' (APA): el lenguaje es agramatical o telegráfico. Pueden surgir dificultades en la percepción verbal, en la lectoescritura y en la denominación. La apraxia del habla puede estar vigente, pero con menor rigidez que en la afasia.
- c) 'Afasia progresiva logopélica' (APL): expresión verbal fluente con ciertas pausas debidas a la anomia. Se encuentra asociada a una retención auditiva baja de los estímulos, lo que es posible que afecte a la repetición y a la comprensión. Se deben distinguir las parafasias fonológicas de las distorsiones características de la apraxia del habla.
- d) 'Demencia semántica' (DS): dificultad en la comprensión de palabras y anomia. La emisión del habla es normal, aunque presenta numerosas pausas para encontrar palabras de baja frecuencia de uso. En el discurso puede haber dificultades para encontrar nombres y verbos y no es frecuente encontrar errores fonológicos.
- e) 'Afasia progresiva fluente' (APF): la anomia es el síntoma fundamental, mientras que la comprensión de palabras se mantiene de forma adecuada. El habla es fluente pero no obedece los criterios de APL o DS.

### **5.5 Características y subdivisión de la Afasia Progresiva Primaria**

Las aportaciones de Harciarek y Kertesz (2011), que, posteriormente fueron apoyadas por Duffy, Strand y Josephs (2014), Mesulam (2016) y Poole, Brodtmann, Darby y Vogel (2017), se muestran en la *Tabla 6* y se reúnen las características de los errores producidos en el lenguaje de manera progresiva, en las tres variantes de la Afasia Progresiva Primaria (Pérez Lancho y García Bercianos, 2020). Se tienen en cuenta 16 factores o dominios y si estos están alterados, conservados o incluso si hay presencia o ausencia de los mismos: habla, parafasias, apraxia del habla, disartria, comprensión de palabras, comprensión de frases, repetición de palabras, repetición de frases, denominación, sintaxis, gramática, pragmática, lectura y ortografía, memoria episódica, memoria de trabajo y se menciona cuál es el déficit principal de esa

variante. En el caso de la APP variante agramatical, la dificultad principal es la planificación del lenguaje; en la variante semántica el significado del mensaje. Y, por último, en la variante logopénica, la denominación y la repetición de palabras (Pérez Lancho y García Bercianos, 2020).

Se pueden apreciar similitudes y diferencias en cada una de las variantes, y es por ello por lo que se incluye la variante mixta, tratando de evitar así diagnósticos erróneos.

Características	APP no fluente	APP Logopénica	APP Semántica
Habla	Disfluyente, costosa, agramática, telegráfica, con pausas frecuentes por fallo en la búsqueda de palabras	Lenta, logopénica, con pausas, vacilaciones y circunloquios debido al fallo en la búsqueda de palabras	Fluyente, gramaticalmente correcta pero con circunloquios, perseveraciones temáticas y jerga semántica
Parafasias	Fonémicas o Fonéticas	Fonémicas	Semánticas
Apraxia del habla	Si	No	No
Disartria	Posible	Raramente	No
Comprensión de palabras	Preservada	Preservada	Deteriorada
Comprensión de frases	Deteriorada, si la frase es sintácticamente compleja	Deteriorada para frases largas a	Deteriorada
Repetición de palabras	Deteriorada	Preservada	Preservada
Repetición de frases	Deteriorada	Puede estar deteriorada para frases largas a	Preservada
Denominación	Deteriorada	Deteriorada	Deteriorada
Sintaxis	Reducida	Inicialmente preservada	Preservada
Gramática	Deteriorada	Preservada	Preservada
Pragmática del lenguaje	Preservada	Preservada	Deterioro severo
Lectura y ortografía	Dificultad para leer pseudopalabras. Agrafía fonológica	Dificultad para leer pseudopalabras.	Dificultad para leer palabras irregulares. Agrafía léxica
Memoria episódica	Relativamente preservada	Deterioro en etapas avanzadas de la enfermedad	Relativamente preservada
Memoria de trabajo	Puede estar afectada	Puede estar severamente afectada a	Típicamente preservada
Principal déficit	Formulación del lenguaje o de la programación motora	Denominación y encontrar palabras (repetición a)	Significado del mensaje

Tabla 6: *Características principales de los subtipos de “Afasia Progresiva Primaria”*

(Pérez Lancho y García Bercianos, 2020)

### *5.5.1 Afasia progresiva primaria no fluente o app agramática*

Este subtipo se caracteriza por presentar un lenguaje hipofluente, esforzado y lento, con dificultades en la expresión, frases cortas y agramatismo. El lenguaje hipofluente puede estar condicionado por algunos factores como una debilitación en el procesamiento gramatical, dificultades motoras del lenguaje y alteraciones en las funciones ejecutivas. Asimismo, incluye parafasias fonémicas, dificultad de comprensión de estructuras gramaticales complejas y en ocasiones, apraxia del habla. Es la variante menos fluente y se puede observar acalculia, apraxia ideomotora y alteraciones en la prosodia. Los criterios diagnósticos incluyen: agramatismo y discurso interrumpido, con esfuerzo, errores y distorsiones del sonido. Además, deben cumplirse dos de los tres siguientes: a) déficit en la comprensión de frases complejas; b) conservación de la comprensión de palabras aisladas; o c) conservación del conocimiento de objetos. Las neuroimágenes muestran una atrofia con compromiso predominante a nivel fronto-insular izquierdo, involucra el giro frontal inferior, la ínsula, las áreas premotora y motora suplementaria (Matías-Guiu, 2012).

### *5.5.2 Afasia progresiva primaria semántica o demencia semántica*

Este subtipo se caracteriza por presentar un lenguaje fluente y gramaticalmente correcto, vacío de significado, con circunloquios, parafasias semánticas, y anomia debida a la dificultad en la comprensión de palabras de poco uso. Sin embargo, la comprensión y repetición de frases están conservadas. Asimismo, se puede presentar dislexia, disgrafía, agnosia visual, lenguaje no fluente, dificultades en el reconocimiento de características y uso de objetos. A la hora de utilizar lenguaje espontáneo se pueden utilizar palabras inapropiadas como “esa cosa”. Finalmente, cabe destacar que en estadios tardíos el individuo puede presentar cambios comportamentales y de conducta como los de la DFTvc, como por ejemplo irritabilidad y depresión (Matías-Guiu, 2012).

Los criterios diagnósticos incluyen: alteración en denominación por confrontación, y alteración de comprensión de palabras aisladas. Además, deben cumplirse al menos 3 de los siguientes: dificultades en el conocimiento de los

objetos poco comunes, dislexia superficial o disgrafía, conservación de la repetición, conservación de la producción del lenguaje. Las neuroimágenes muestran atrofia a predominio de lóbulo temporal anterior a predominio izquierdo que está en relación con síntomas como compulsión y falta de empatía (Matías-Guiu, 2012).

### *5.5.3 Afasia progresiva primaria logopénica o variante fonológica*

Este subtipo se caracteriza por lenguaje anómico, con pausas frecuentes y por tanto, habla lenta. Se podría confundir con la variante agramatical debido a una fluencia verbal reducida. El individuo puede presentar dificultades para encontrar palabras y un déficit en la repetición de frases, además de parafasias fonológicas. Sin embargo, se encuentran conservadas la prosodia, la articulación, comprensión y significado de palabras y, por tanto, el individuo es capaz de señalar correctamente objetos cuando han sido denominados y posteriormente describir su uso. En cuanto al progreso de los síntomas, se observó a través de un estudio un rápido deterioro de la fluencia verbal, la memoria episódica verbal, la atención, la orientación y las habilidades visuo-espaciales, evolucionando a una demencia global al cabo de 12 meses. También son características la apatía, irritabilidad, ansiedad y agitación (Matías-Guiu, 2012).

Según Matías-Guiu (2012), los criterios diagnósticos incluyen: compromiso en el recuerdo y denominación de palabras en discurso espontáneo, así como el compromiso en la repetición de frases. Además, deben cumplirse al menos 3 de los siguientes: errores fonológicos en discurso espontáneo y por denominación, conservación de la comprensión de palabras aisladas y conocimiento de los objetos, conservación del discurso motor del habla, ausencia de agramatismo. Las neuroimágenes muestran atrofia a nivel de la unión temporoparietal izquierda, es decir en la región temporal posterior, parietal inferior, supramarginal y el giro angular. A través de un estudio se identificaron tres variantes en relación al tiempo de enfermedad: variante típica (afasia leve de corta duración), atípica (afasia leve de larga duración) y típica severa (afasia severa de larga duración). Asimismo, se incluyen hallazgos que relacionan las características de la EA con algunos casos de APL (Matías-Guiu, 2012).

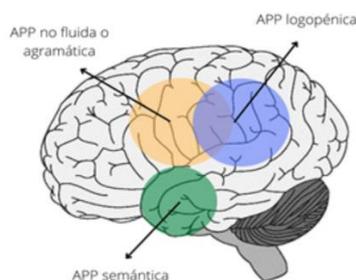


Imagen 1: *Localización neuroanatómica de las tres variantes de Afasia Progresiva Primaria según Harciarek y Kertesz en 2011 (Montoya Bedoya, 2022)*

## 6 ANÁLISIS DE CASOS PRÁCTICOS

### 6.1 Fase preanalítica

Dentro de esta fase, de orden preanalítico, se presentan un caso de Afasia Progresiva Primaria variante logopéica (APPvl) y un caso de Enfermedad de Alzhéimer con variante afásica incipiente.

#### 6.1.1 Caso 1

Mujer de 82 años que consulta por un cuadro progresivo, presentando trastorno del lenguaje y dificultades para encontrar las palabras desde hace tres años, relacionado con problemas de memoria episódica y de orientación espacial en el último año. Presenta estudios primarios incompletos y vive sola. Desde hace seis meses no es capaz de cocinar o manejar dinero, y las actividades diarias las realiza con mayor dificultad (Puertas-Martín et al., 2009: 243-247).

Como antecedentes personales se pueden destacar síndrome depresivo de dos años de evolución y HTA controlada. Como antecedentes familiares se destaca un hermano diagnosticado con Enfermedad de Alzhéimer. Su lenguaje es hipofluente, con presencia de silencios y parafasias fonéticas, además de semánticas. El síntoma principal es la afasia y se realiza un examen neuropsicológico, utilizando el MEC, en el que la mujer se encuentra desorientada en el tiempo. Las puntuaciones muestran indicios de demencia y se presentan alteradas gran parte de las capacidades lingüísticas. Se observan dificultades en la repetición de frases; no obstante, la repetición de palabras, ya

sean con sentido o no, está conservada. También se contemplan dificultades en memoria visual, en fluidez verbal y en comprensión de frases simples. Por el contrario, la lectura y las funciones visuoespaciales y perceptivas no presentan alteraciones (Puertas-Martín et al., 2009: 243-247).

Este caso está relacionado con un déficit de la memoria de trabajo verbal (Baddeley, 1988). Los errores en repetición, la alteración en la comprensión de frases y la presencia de parafasias fonémicas se deben a dificultades para mantener la información, además de trabajar con ella. Teniendo en cuenta los síntomas presentes en el diagnóstico de la APPvI, se sugiere por otro lado el diagnóstico de una demencia neurodegenerativa, con probabilidad de tratarse de una enfermedad de Alzheimer de presentación focal (Puertas-Martín et al., 2009: 243-247).

	Puntuación directa	Puntuación total
Minixamen cognitivo	24	35
Dígitos directos	5	30
Dígitos indirectos	4	30
Test de fluidez verbal (FAS)	22	
Semejanzas	4	33
Programa frontal	2	4
Test de denominación de Boston	19	30
Animales	6	
Repetición de palabras	10	10
Repetición de logogramos	8	8
Repetición de frases	47	60
Comprensión de órdenes	11	16
Lectura	81	81
Cubos	14	18
Praxias ideomotoras unilaterales	19	20
Praxias ideomotoras bilaterales	7	8
Figuras superpuestas	18	20

Tabla 7: Puntuaciones de la batería neuropsicológica (Puertas-Martín, 2009: 245)

### 6.1.2 Caso 2

Mujer de 60 años, diagnosticada hace 12 años de Enfermedad de Alzheimer, con variante afásica incipiente debido a evidentes dificultades en el lenguaje y la comunicación (Pérez Lancho y Hernández Sánchez, 2016). Posee formación superior.

PRUEBA	SUBPRUEBA	PD	P
2. COMPRENSIÓN AUDITIVA			
2.A. Discriminación de palabras		63 / 72	60
2.B. Partes del cuerpo		15 / 20	40
2.C. Órdenes		9 / 15	35
2.D. Material ideativo complejo		2 / 12	20
3. EXPRESIÓN ORAL			
3.A. Agilidad oral	No verbal	1 / 7	15
	Verbal	9 / 14	30
3.B. Secuencias automatizadas		3 / 8	15
3.C. Recitado, canto y ritmo	Recitado	0 / 2	20
	Canto	0 / 2	20
	Ritmo	0 / 2	30
3.D. Repetición de palabras		9 / 10	50
3.E. Repetición de frases y oraciones	Alta probab.	3 / 8	30
	Baja probab.	2 / 8	35
3.F. Lectura de palabras		26 / 30	60
3.G. Respuesta de denominación		26 / 30	65
3.H. Denominación por confrontación visual		77 / 94	65
3.I. Denominación de partes del cuerpo		19 / 30	45
3.J. Nombrar animales		7 / 15	55
3.K. Lectura de oraciones en voz alta		5 / 10	45
4.COMPRENSIÓN LENGUAJE ESCRITO			
4.A. Discriminación de letras y palabras		4 / 10	25
4.B. Asociación fonética	Reconocimient o de palabras	8 / 8	90
4.C. Emparejar dibujo – palabra		9 / 10	60
4.D. Lectura de oraciones y párrafos		0 / 10	0

Tabla 8: *Resultados en el Test de Boston* (Pérez Lancho y Hernández Sánchez, 2016: 147)

En cuanto a la evaluación realizada, se evidencia deterioro cognitivo y apraxia visuoesquemática, tras la utilización del MEC y el Test del reloj, respectivamente. Asimismo, se le realiza una evaluación funcional y se evidencia un alto grado de dependencia para las actividades diarias. También se obtiene un notable déficit cognitivo y demencia moderada (Pérez Lancho y Hernández Sánchez, 2016).

Por otro lado, para la evaluación del lenguaje se utiliza el Test de Boston, y se evidencia un lenguaje hipofluente, con pausas y abundantes parafasias

fonémicas y verbales, así como déficit anómico. Utiliza frases cortas y presenta dificultades de comprensión auditiva en frases largas debido a un déficit amnésico. La repetición de palabras se encuentra conservada, y presenta dificultad en la repetición de oraciones. La lectura de palabras está conservada, pero en oraciones está alterada. En cuanto a la escritura, posee agrafía (Pérez Lancho y Hernández Sánchez, 2016).

## 6.2 Fase analítica

A partir de la información obtenida sobre los presentes casos prácticos de la variante logopénica de la Afasia Progresiva Primaria y del caso de Alzheimer con variante afásica incipiente, compatible con afasia transcortical sensitiva, se procede a realizar un análisis comparando sus características y síntomas lingüísticos principales.

	<b>CASO 1: APP</b>	<b>CASO 2: EA</b>
<b>Trastorno o dificultades en el lenguaje</b>	Si (se indica progresivo)	Si
<b>Dificultad para encontrar palabras (anomia)</b>	Si	Si
<b>Lenguaje</b>	Hipofluente	Hipofluente
<b>Ritmo del habla</b>	Presencia de silencios	Presencia de pausas
<b>Denominación</b>	Alterada	Alterada
<b>Memoria</b>	Alterada. Episódica y visual	Alterada
<b>Orientación</b>	Desorientación espacial y temporal	-
<b>Actividades diarias</b>	Dificultades	Dependencia funcional
<b>Cambios emocionales</b>	Síndrome depresivo	-
<b>Parafasias</b>	Fonémicas y semánticas	Fonémicas y verbales
<b>Repetición de palabras</b>	Conservada	Conservada
<b>Repetición de frases</b>	Alterada	Alterada
<b>Comprensión</b>	Dificultad en frases simples	Alteración en comprensión auditiva de frases largas (déficit amnésico)
<b>Lectura</b>	Conservada	En palabras, conservada En oraciones, alterada
<b>Escritura</b>	-	Alterada en copia. Agrafía
<b>Números/cálculo</b>	Alteración dígitos directos e indirectos	-
<b>Funciones visuoestructurivas y perceptivas</b>	Conservadas	Apraxia visuoestructuriva
<b>Comprensión de órdenes</b>	Parcialmente alterada	Parcialmente alterada

Tabla 9: *Análisis de la sintomatología* (elaboración propia)

En un primer momento, y como se puede observar a través de un análisis cualitativo, ambos casos presentan semejanzas y diferencias en algunas características. En cuanto a las *similitudes*, se observan:

- Presencia de trastorno del lenguaje, mencionando una alteración progresiva en el primer caso.
- Dificultad para encontrar palabras, es decir, anomia.
- Lenguaje hipofluente.
- Presencia de silencios y pausas durante el discurso.
- Alteración en denominación.
- Alteración en memoria.
- Dificultad para realizar las actividades diarias de manera independiente.
- Repetición de palabras conservada y repetición de frases alterada.
- Comprensión de órdenes parcialmente alterada.

En cuanto a las *diferencias*, se evidencian:

- Presencia de parafasias fonémicas y semánticas en el caso de APP, y parafasias fonémicas y verbales en el caso de EA.
- Dificultad de comprensión en frases simples en el caso de APP, y alteración en la comprensión de frases largas en el caso de EA, debido a un déficit amnésico.
- Lectura totalmente conservada en el caso de APP, y lectura alterada de oraciones en el caso de EA.
- Funciones visuoconstructivas y perceptivas conservadas en el caso de APP, y presencia de apraxia visuoconstructiva en el caso de EA.

Sin embargo, al realizar un análisis cuantitativo, se puede comprobar que dentro de las similitudes que en un principio muestran ambos casos, existen ligeras diferencias que aportan nuevos resultados. Por tanto, de esta manera se evidencia si un síntoma lingüístico está más alterado en un individuo que en otro.

## 7 RESULTADOS

A partir del análisis teórico mencionado anteriormente, se desarrollan gráficamente los resultados obtenidos, aportando un análisis cuantitativo de la sintomatología de ambos casos, tanto de manera individual, como a modo de comparativa.

A continuación, se muestra la variedad de características del primer individuo. Como se puede observar, la repetición de palabras está totalmente conservada, con una puntuación directa (PD) de 10/10, al igual que la repetición de palabras sin sentido, con una puntuación directa de 8/8. Asimismo, la lectura tampoco presenta alteraciones, demostrado con una PD de 81/81. Por otro lado, características que cobran notable importancia como síntoma afásico en la variante logopénica, como son la fluidez verbal, la denominación y la repetición de frases, están alteradas. En fluidez verbal presenta una PD de 22/60, en denominación la PD es de 19/30 y, por último, en la repetición de frases es de 47/60. Finalmente, cabe destacar la dificultad en la comprensión de órdenes, con una PD de 11/16 y una alteración considerable con el manejo de dígitos, teniendo una PD de solo 5/30.

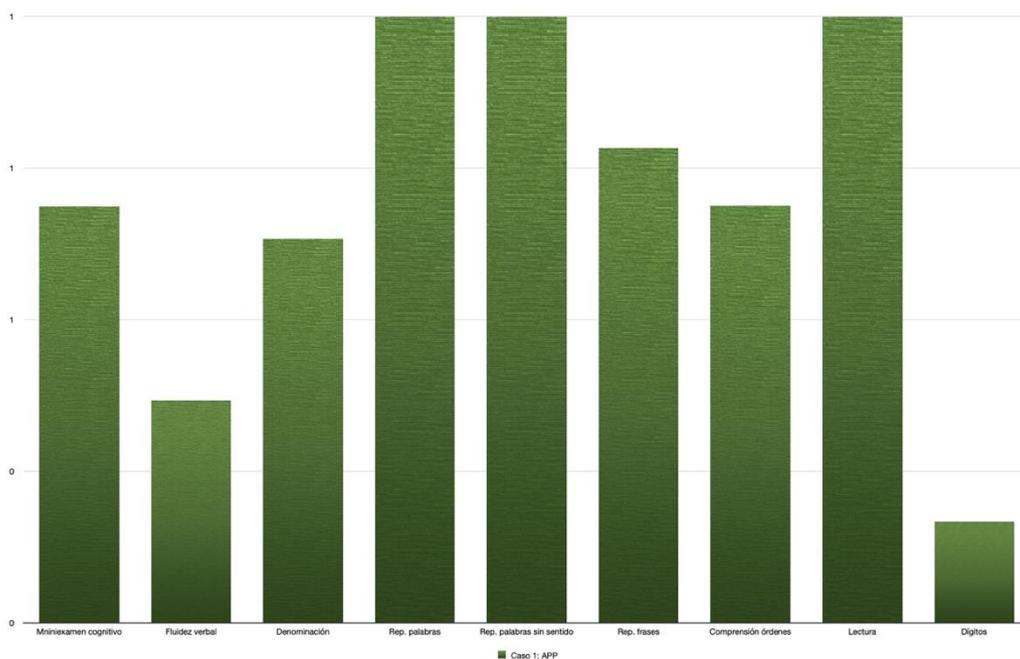


Figura 1: Gráfico con resultados del paciente con variante logopénica de APP (elaboración propia)

El segundo individuo también presenta ciertas peculiaridades en los resultados de sus características, que se muestran y se mencionan a continuación.

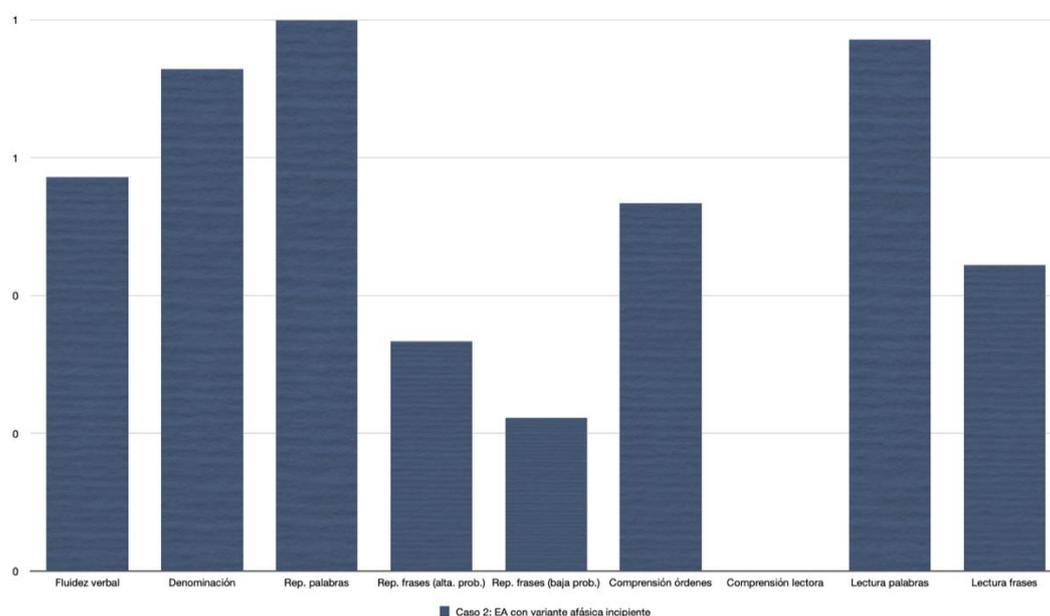


Figura 2: Gráfico con resultados del paciente con EA, variante afásica incipiente (elaboración propia)

En este caso, se observa un único rasgo que está conservado prácticamente a su totalidad, la repetición de palabras, con una PD de 9/10. Le sigue la lectura de palabras, con una PD de 26/30. En cuanto a los rasgos que se proponen como diagnósticos de la APP, se encuentran la fluidez verbal, con una PD de 9/14, encontrándose parcialmente alterada; la denominación por confrontación visual, con una PD de 77/94, encontrándose una ligera alteración; y por último, la repetición de frases, con una PD de 3/8 en las de alta probabilidad y 2/8 en las de baja probabilidad.

La lectura de frases en voz alta también está alterada, obteniendo una puntuación de 5/10. Finalmente, se muestran las dificultades en la comprensión de órdenes, con una PD de 9/15, así como una alteración total de la comprensión lectora de oraciones y párrafos, en la que no obtiene ninguna puntuación. Para concluir con los resultados de los casos, se contrastan algunas de las características principales de ambos, y se muestran a continuación.

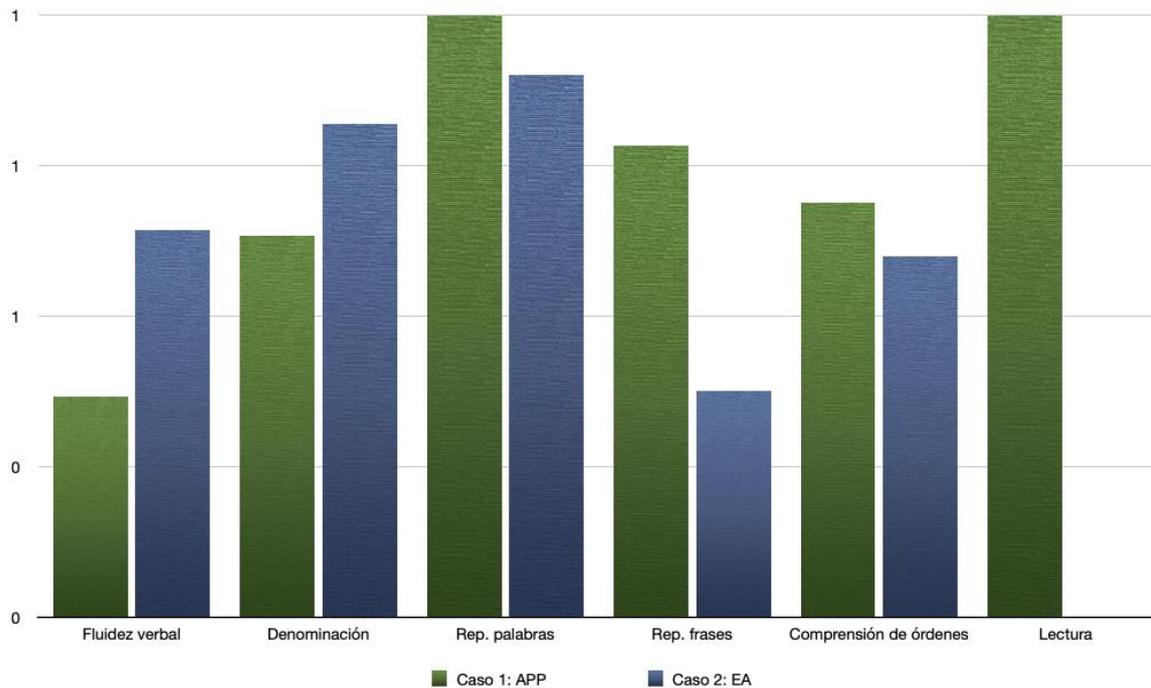


Figura 3: Gráfico con resultados comparativos de pacientes con APP y EA (elaboración propia)

En fluidez verbal, se contempla lenguaje hipofluente en ambos casos. No obstante, la mujer con APP obtuvo una PD de 22/60 y la mujer con EA consiguió una puntuación de 9/14. Por tanto, como se puede evidenciar en la figura 3, se corrobora que en el primer caso hay una alteración mayor en agilidad verbal.

Se percibe un déficit en denominación en el primer caso, donde la mujer con APP consigue una PD de 19/30, mientras que la mujer con EA obtiene una PD de 77/94, mostrando menores dificultades en este campo. Por ello, nuevamente se afirma un mayor déficit en el individuo del primer caso. La repetición de palabras se encuentra conservada en ambos casos, mostrándose una PD de 10/10 en la mujer con APP y una PD de 9/10 en la mujer con EA. Por tanto, no presentan déficit en este aspecto. Por su parte, la repetición de frases presenta una gran diferencia entre ambos casos, evidenciándose una PD de 47/60 en el caso de APP y una PD de 3/8 en el caso de EA. Por ello, se confirma que la alteración en el segundo caso es mucho mayor. Existe, por tanto, una alteración parcial en la comprensión de órdenes, tanto en el primer caso, con una PD de 11/16, como en el segundo caso, con una PD de 9/15. En este aspecto, las dificultades son similares.

En cuanto a la lectura, la diferencia es muy clara. La mujer con APP mantiene la lectura totalmente conservada, obteniendo una puntuación de 81/81 y la mujer

con EA presenta una alteración total, con una puntuación de 0. Finalmente, se concluye que el primer caso presenta más dificultades en fluidez verbal y en denominación que el segundo caso. Sin embargo, el resto de aspectos, es decir, la repetición de palabras y frases, así como la comprensión de órdenes y la lectura, presentan un déficit mayor en el segundo caso.

## 8 DISCUSIÓN

Tras los resultados obtenidos en el análisis y teniendo en cuenta los objetivos propuestos para este trabajo de fin de grado, se valora qué tipo de ejercicios serían apropiados para una rehabilitación eficaz en estos pacientes. Considerando los criterios diagnósticos generales que se manifiestan en el consenso internacional para la determinación de la afasia progresiva primaria, se observan ciertas irregularidades en el diagnóstico de uno de los casos analizados.

Uno de los criterios de exclusión mencionados anteriormente, expone la evidencia de que el diagnóstico de afasia progresiva primaria no es correcto en los individuos que presenten alteraciones en la memoria episódica desde el inicio de la patología. Al analizar el primer caso, se evidencia una alteración en ese aspecto, aunque cabe mencionar, que se produce dos años después del inicio de las dificultades del lenguaje. Para ambos casos, se ha utilizado el examen cognoscitivo (véase *Anexo I*).

Asimismo, se deben cumplir ciertos criterios específicos para caracterizar la variante logopénica. Entre ellos, dentro de los criterios nucleares, se menciona deterioro tanto en denominación, como en la repetición de palabras y frases. Analizando el primer caso, se puede afirmar la presencia de las dificultades en denominación y en la repetición de frases; sin embargo, la repetición de palabras está conservada.

En su diagnóstico, se propone la existencia de demencia neurodegenerativa, por lo que las posibilidades de tratarse de una Enfermedad de Alzheimer son elevadas, debido a que no se cumplen en su totalidad todos los criterios diagnósticos propios de la afasia progresiva primaria, y concretamente, de la variante logopénica. Por otro lado, el caso está muy relacionado con un déficit en la memoria de trabajo, marcándose así otro punto a favor para tratarse de una Enfermedad de Alzheimer, dejando atrás las dificultades del lenguaje como síntoma principal. No obstante, sería necesario examinar con determinación las neuroimágenes y ampliar información con otros estudios para concluir con el diagnóstico correcto del caso.

Cabe destacar que es de notable interés realizar un diagnóstico exhaustivo de la patología de cada individuo, así como analizar plenamente su

sintomatología para determinar cuál es el déficit principal, cuáles son los aspectos más afectados, cuál los que menos, etc. Una de las razones que cobran importancia en este aspecto es lograr un tratamiento óptimo para cada uno de estos individuos, donde es indispensable la intervención del logopeda. Para una terapia de rehabilitación eficaz, se debe señalar el síntoma principal donde el paciente presente más dificultades; sin embargo, no se pueden dejar atrás el resto de síntomas. La rehabilitación debe ser completa y adaptada a las dificultades individuales de cada paciente.

Si se atiende a las dificultades particulares de los casos analizados anteriormente, se puede corroborar que algunos déficits predominan sobre otros, por lo que serían necesarias pautas y actividades diferentes. En el primer caso, la dificultad principal es la fluidez verbal, por lo que se podrían emplear ejercicios que logren favorecer el lenguaje espontáneo del paciente. Se puede mencionar como ejemplo la actividad de palabras encadenadas, o pedirle que nombre una serie de palabras que empiecen por una letra determinada.

En el segundo caso, el aspecto más alterado es la lectura, presentando mayores dificultades en la comprensión de frases y enunciados, por lo que se podrían emplear ejercicios de conciencia fonológica para facilitar la comprensión y el manejo de las palabras, además de lograr una correcta discriminación de las letras. Posteriormente, se podrían realizar ejercicios de inferencias, donde el paciente tiene que tratar de comprender información que no está escrita en el enunciado proporcionado.

Como se ha mencionado anteriormente, no se debe enfocar la rehabilitación a intervenir sobre un único aspecto, también teniendo en cuenta del origen neurodegenerativo de la patología. Se deben tocar todos los dominios para evitar el avance de las dificultades presentes, ya que no se van a poder eliminar. Por tanto, también se debe trabajar el resto de dificultades, como es el caso de la comprensión de órdenes, que se puede trabajar en el día a día realizando pequeñas peticiones para comprobar si las interpretan correctamente. Se puede trabajar de igual manera la denominación con objetos cotidianos que puedan estar en el domicilio, en la calle, en el supermercado, etc.

Finalmente, tras concluir con este análisis que proporciona datos de una sintomatología similar en los dos casos, pero finaliza con un diagnóstico diferente, se plantea la siguiente pregunta: ¿se ha realizado un análisis de dos

patologías diferentes con una sintomatología muy parecida, o realmente nos encontramos con un mal diagnóstico debido a la limitación de información sobre la variante logopénica de la APP?

Para dar respuesta a esta pregunta es necesario investigar y no dejar atrás los diagnósticos que no pertenezcan a una clasificación típica o tradicional, consiguiendo de esta manera mayor número de estudios científicos. Estos estudios aportarán nuevos conocimientos e información, eliminando así las dudas o limitaciones sobre estas patologías.

## 9 CONCLUSIONES

A partir de la revisión bibliográfica y el análisis realizado, este estudio de investigación ha extraído algunas conclusiones generales que son pertinentes en el ámbito logopédico y en el estudio de la Afasia Primaria Progresiva. La *afasia progresiva primaria* es una patología de carácter neurodegenerativo, que refiere como síntoma principal dificultades progresivas del lenguaje. Este déficit causa limitaciones en otros dominios, como en la elaboración de tareas en la vida diaria de manera dependiente, por lo que puede empeorar la calidad de vida del individuo que la padece. Además, al tratarse de una variante de la demencia fronto-temporal, se puede afirmar que se afectan los lóbulos frontales y temporales, tratándose, además, de los del hemisferio izquierdo, encargados del procesamiento y producción lingüística. Asimismo, existen conocimientos limitados sobre la variante logopénica de la afasia progresiva primaria, ya que no se incluye en la clasificación tradicional de afasias, debido a sus diferencias etiológicas.

En algunos casos se puede llegar a confundir con otra patología de carácter neurodegenerativo, la Enfermedad de Alzheimer. Son necesarios más estudios e investigación para evitar llegar a un mal diagnóstico y por tanto, que existan posibilidades de aplicar un tratamiento poco eficaz para ciertos individuos. Al tratarse de trastornos con posibilidad de solaparse, se debe contar con un diagnóstico íntegro y apropiado, que facilite a un equipo multidisciplinar el tratamiento y seguimiento de la persona afectada. Se debe señalar que la figura del logopeda es imprescindible en estos casos, ya que puede proporcionar técnicas de rehabilitación que faciliten el día a día a los pacientes que presentan esta patología.

La investigación y los estudios proporcionados por la ciencia deben estar en continuo crecimiento para dar respuesta a todo aquello que no se sabe o que aporta dudas. Asimismo, los logopedas deben estar actualizados y en formación constante para conceder, a las personas que lo requieran, una intervención de calidad para paliar los déficits o alteraciones que poseen. Para tratar esas dificultades, los logopedas pueden diseñar programas de intervención, pero estos deben ser individualizados para las características y sintomatología de

cada paciente, ya que algunos ejercicios o alguna terapia determinada pueden ser de gran ayuda para un individuo y, por el contrario, pueden no ser efectivos para otro. Al tratarse de un trastorno neurodegenerativo, puede darse el caso de que un tipo de terapia funcione en las primeras fases de la enfermedad, pero no después, y por ello, se debe proporcionar un seguimiento a ese paciente y brindarle la posibilidad de adquirir nuevas pautas o modificaciones en su tratamiento. Asimismo, gracias a los estudios y la investigación, se realizan diagnósticos diferenciales que permiten mayores aproximaciones en la sintomatología de cada patología y así evitar clasificaciones y tratamientos erróneos. Con todo ello se ha creado un estudio de corte teórico que servirá para mejorar en la comprensión de la Afasia Primaria Progresiva: “solo hay mundo donde hay lenguaje” (Heidegger, 1959).

## 10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARDILA, A. (2005). *Las afasias*. Universidad de Guadalajara. CUCSH-UDEG.
- ARDILA, A. (2010). "A proposed reinterpretation and reclassification of aphasic syndromes". *Aphasiology*, 24(3), 363-394.
- ARÍS, T. S. (2007). "Tipología protolingüística y surgimiento del lenguaje". *Revista Española de lingüística*, 37(1), 41-64.
- ARSUAGA, J. L. y MARTÍNEZ I. (1998): *La especie elegida: la larga marcha de la evolución humana*. Madrid: Temas de Hoy.
- BADDELEY, A. (1988). "Cognitive psychology and human memory". *Trends Neuosci*, 11: 176-181.
- BENSON, D. F. (1996). *Aphasia: a clinical perspective*. Nueva York: Oxford University Press.
- BICKERTON, D. ([1990] 1994). *Lenguaje y especies*. Madrid: Alianza Editorial.
- BOCANEGRA GARCÍA, Y., SALAZAR, D. P., y RESTREPO, F. L. (2023). "Perspectiva Clínica de la Afasia Progresiva Primaria: Una Aproximación desde el Modelo de la Clasificación de las Afasias de Alfredo Ardila". *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 23(1), 73-100.
- BOTHA, H. et al., (2015). "Classification and clinicoradiologic features of primary progressive aphasia (PPA) and apraxia of speech". *Cortex*, 69, 220-236.
- CUSTODIO, N. et al., (2012). "Afasias progresivas primarias: las afasias de lenta evolución a demencia". *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(3), 93-100.
- GARCÍA, A. V. (2016). MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC). [www.academia.edu](http://www.academia.edu). Obtenido de: <https://lc.cx/1gZcRc>
- Gorno-Tempini, M. L. et al., (2011). "Classification of primary progressive aphasia and its variants". *Neurology*, 76(11), 1006-1014.
- HARCIAREK, M. y KERTESZ, A. (2011). "Primary progressive aphasia and their contribution to the contemporary knowledge about the brain-language relationship". *Neuropsychology Review*, 21(3), 271-287.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. (1996): "Patologías del lenguaje", en C. Martín Vides (ed.). *Elementos de lingüística*. Barcelona: Octaedro Univ.
- MATÍAS-GUIU, J. A., y GARCÍA-RAMOS, R. (2013). "Afasia progresiva primaria: Del síndrome a la enfermedad". *Neurología*, 28(6), 366-374.
- MESULAM, M. M. (2016). Primary Progressive Aphasia and the Left Hemisphere Language Network. *Dementia and Neurocognitive Disorders*, 15(4), 93-102.
- MESULAM, M. M. et al., (2014). "Primary progressive aphasia and the evolving neurology of the language network". *Nature Reviews Neurology*, 10(10), 554-569.

- MONTOYA BEDOYA, S. et al., (2022). "Afasia primaria progresiva y sus variantes: diagnóstico, evolución, características imagenológicas y manejo". *Acta Neurológica Colombiana*, 38(4), 230-239.
- PÉREZ LANCHO, M. C. y HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, R. (2016). "Abordaje de la comunicación en un caso de Alzheimer de variante lingüística". *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(2), 143-152.
- PÉREZ LANCHO, M., y GARCÍA BERCIANOS, S. (2020). "Caracterización del lenguaje en las variantes lingüísticas de la Afasia Progresiva Primaria". *Revista signos*, 53(102), 198-218.
- PÉREZ MANTERO, J. L. (2013). "¿Qué sabemos del origen del lenguaje?". *Estudios interlingüísticos*, (1), 103-119.
- PINKER, S. ([1994] 1995). *El instinto del lenguaje*. Madrid: Alianza Editorial.
- POOLE, M. L., BRODTMANN, A., DARBY, D. y VOGEL, A. P. (2017). Motor Speech Phenotypes of Frontotemporal Dementia, Primary Progressive Aphasia, and Progressive Apraxia of Speech. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(4), 897-911.
- PUERTAS-MARTÍN, V. et al., (2009). "Una mujer de pocas palabras: afasia progresiva primaria, variante logopénica". *Psicogeriatría*, 1(4), 243-247.
- REYES TEJEDOR, M. (1998). "Trastornos del habla: la afasia". *Interlingüística*, 9. 269-272.

# 11 ANEXO Mini-examen Cognoscitivo de Lobo

## MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

### ORIENTACIÓN

• Dígame el día.....fecha .....Mes.....Estación.....Año..... 5

• Dígame el hospital (o lugar).....  
planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... 5

### FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) 3

### CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? 5

• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás 3

### MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes ? 3

### LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj 2

• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros 1

• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?  
¿qué son el rojo y el verde ? 2

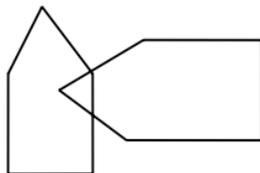
• ¿Que son un perro y un gato ? 3

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa 1

• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS 1

• Escriba una frase 1

• Copie este dibujo 1



**Puntuación máxima 35.**  
**Punto de corte Adulto no geriátricos 24**  
**Adulto geriátrico 20**