

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



CARACTERÍSTICAS DEL LENGUAJE ESCRITO EN PACIENTES
AFÁSICOS ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA
SANITARIA DE LIMA

Tesis para optar el grado de Magister en Fonoaudiología con mención en
Trastornos del Lenguaje en niños y adolescentes

Yessica Patricia Luna Linares

Asesores:

Mg. Julia Rado Triveño

Mg. Jose Livia Segovia

Jurados:

Mg. Jacqueline Villena Mayorca

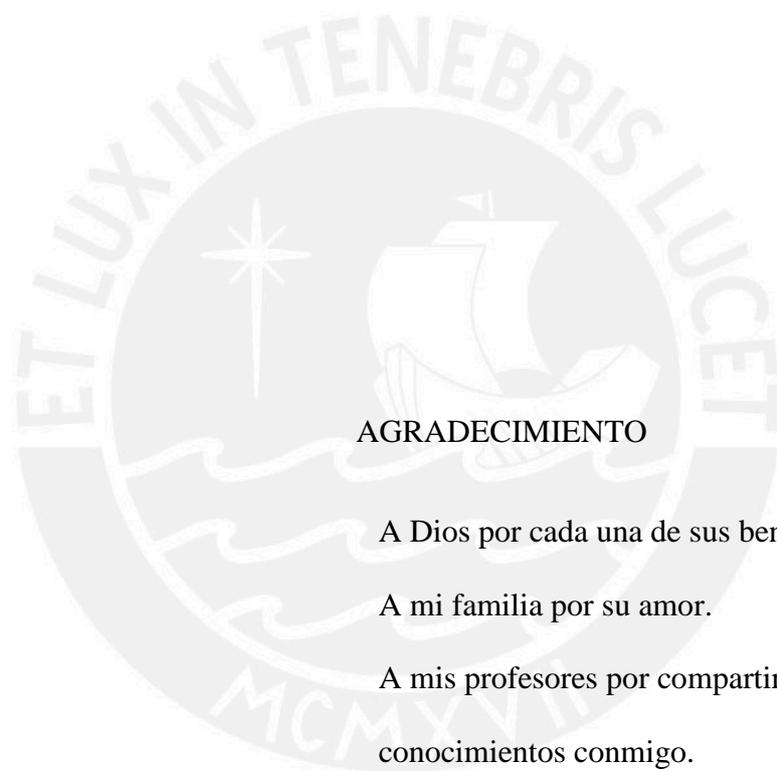
Mg. John Castro Torres

Lima – Perú

2014



CARACTERÍSTICAS DEL LENGUAJE ESCRITO EN PACIENTES
AFÁSICOS ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA SANITARIA
DE LIMA



AGRADECIMIENTO

A Dios por cada una de sus bendiciones.

A mi familia por su amor.

A mis profesores por compartir sus conocimientos conmigo.

A mis asesores por su apoyo y orientación.



DEDICATORIA

A mi madre por el más grande y eterno amor.

A mi padre por la fuerza que irradia en mi corazón.

A mis hermanos por su apoyo y confianza.

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
TÍTULO	i
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
TABLA DE CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Formulación del problema	1
1.2. Formulación de objetivos	4
1.3. Importancia y justificación del estudio	5
1.4. Limitaciones de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.1.1. Internacionales	7

2.1.2 Nacionales	11
2.2. Bases científicas	12
2.2.1. Afasia	12
2.2.1.1. Marco histórico de las afasias	12
2.2.1.2. Etiología	17
2.2.1.3. Clasificación de las afasias	20
2.2.2. Lenguaje escrito	25
2.2.2.1. Proceso cognitivos de la escritura	28
2.2.2.2. Disgrafía	35
2.2.2.3. Clasificación de las disgrafias	36
2.2.2.4. Evaluación de la escritura en afásicos	40
2.3. Definición de términos	41
2.4. Formulación de hipótesis	42
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Método de la investigación	43
3.2. Diseño y tipos de investigación	43
3.3. Población y muestra	44
3.4. Operacionalización de variables	44
3.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	45
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	49
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1. Presentación de resultados	50
4.2. Análisis de datos	52
4.2. Discusión de resultados	61

CAPÍTULO V:	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	
5.1.	Conclusiones	66
5.2.	Sugerencias	67
	Referencias bibliográficas	68
	Anexos	



ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

		Páginas
Figura 1:	Modelo de los procesos que intervienen en el lenguaje, tanto oral como escrito	32
Figura 2:	Modelo de los procesos motores de la escritura.	33
Tabla 1:	Clasificación de las agrafias (Adaptado por Benson y Ardila, 1996)	36
Tabla 2:	Validez y confiabilidad del subtest de escritura estandarizado en Perú	48
Tabla 3:	Datos pacientes afásicos fluentes	51
Tabla 4:	Datos pacientes afásicos no fluentes	51
Tabla 5:	Logros en mecánica de escritura en afásicos fluentes	53
Tabla 6:	Logros en Mecánica de escritura – Escritura automática en afásicos no fluentes	53
Tabla 7:	Logros en mecánica de escritura – Transcripción en afásicos fluentes	54
Tabla 8:	Logros en mecánica de escritura – Transcripción en afásicos no fluentes	54

Tabla 9:	Comparación de la mecánica de escritura general entre fluentes y no fluentes	54
Tabla 10:	Comparación de la escritura seriada entre afásicos fluentes y no fluentes	55
Tabla 11:	Comparación de la escritura seriada general entre afásicos fluentes y no fluentes	55
Tabla 12:	Comparación del dictado elemental entre afásicos fluentes y no fluentes	56
Tabla 13:	Comparación del dictado elemental general entre afásicos fluentes y no fluentes	56
Tabla 14:	Comparación de la denominación por confrontación escrita entre afásicos fluentes y no fluentes	57
Tabla 15:	Comparación de la escritura narrativa entre afásicos fluentes y no fluentes	57
Tabla 16:	Comparación oraciones escritas al dictado entre afásicos fluentes y no fluentes	57
Tabla 17:	Logros en escritura automática de acuerdo al tipo de afasia	58
Tabla 18:	Logros en transcripción de acuerdo al tipo de afasia	59
Tabla 19:	Escritura seriada de acuerdo al tipo de afasia	59
Tabla 20:	Dictado elemental de acuerdo al tipo de afasia	60
Tabla 21:	Denominación por confrontación escrita de acuerdo al tipo de afasia	61

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo describir y comparar las características del lenguaje escrito entre pacientes afásicos fluentes y no fluentes. Para tales fines, se consideró, previa evaluación neurológica y diagnóstico de afasia, a 12 pacientes de una Institución Pública Sanitaria de la ciudad de Lima, quienes cumplieron además con los criterios tanto de inclusión como exclusión. De este modo la muestra fue conformada por ocho varones y cuatro mujeres, divididos en dos grupos: seis afásicos fluente y seis afásicos no fluentes. Se aplicó la subprueba de escritura del Test de Boston.

Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en las características de la escritura entre ambos grupos de pacientes afásicos. Sin embargo el análisis cualitativo evidenció una mejor ejecución del grupo de pacientes fluentes en las tareas de formulación escrita (escritura narrativa y oraciones escritas al dictado).

Por tanto se concluye que ambos grupos de pacientes afásicos presentan alteraciones no solo en el lenguaje oral sino también notorias alteraciones en su

lenguaje escrito, proporcionando información relevante para la adecuada elaboración de programas de rehabilitación del lenguaje escrito.

Palabras claves: lenguaje escrito, afasia fluente, afasia no fluente



ABSTRACT

This research's objective is to compare the written language of fluent and non-fluent aphasic patients. For this end, with a previous neurological evaluation and a positive diagnosis of aphasia, 12 patients of a Public Health Institution in Lima, capital of Perú, were chosen. These met the criteria to be included in the research, and thus the crowd was composed of eight males and four females, which were divided into two groups: six people with fluent aphasia and six with non-fluent aphasia. The Boston Test's writing subtest was applied, and the results show that there are no statistically-significant differences between written language in both groups. However, the qualitative exam indicated a better performance of the fluent patients in written tasks (narrative writing and written sentences from dictation).

As such, it was concluded that both groups of aphasic patients present notorious alterations on both oral language and written language, providing relevant information for adequate elaboration of rehabilitation programs for written language.

Keywords: written language, fluent aphasia, non-fluent aphasia, dysgraphia

INTRODUCCIÓN

El lenguaje escrito es un proceso cognitivo aprendido, siendo una actividad organizada y voluntaria que requiere el conocimiento de los códigos del lenguaje, habilidad para convertir los fonemas en grafemas, el conocimiento del sistema grafémico y una adecuada motricidad manual. Sin embargo, este proceso ya automatizado en adultos con educación básica puede verse afectado debido a una lesión cerebral que genera una pérdida o alteración del lenguaje tanto expresivo como receptivo, denominado afasia.

Es así que debido a la complejidad que implica la escritura, su exploración debe formar parte del examen general que se realiza al paciente afásico, asimismo integrar el lenguaje escrito como parte del proceso de rehabilitación.

Por lo expuesto, la presente investigación busca describir y comparar las características del lenguaje escrito en pacientes afásicos fluentes y no fluentes que acuden a una Institución Pública Sanitaria de la ciudad de Lima.

De este modo en el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema conformado por la formulación del problema y los objetivos que se pretenden

alcanzar al finalizar la investigación, indicando a su vez la importancia y justificación de la misma.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico donde se exponen los antecedentes encontrados sobre estudios relacionados al tema de investigación, siendo, en su mayoría, internacionales. Asimismo se integran las bases científicas, dentro de las cuales se describe la afasia, su etiología y clasificación. Mientras que en el lenguaje escrito se detallan los procesos cognitivos implicados. Por último se precisan los términos básicos y se formulan las hipótesis.

El tercer capítulo se centra en aspectos concernientes a la metodología, en el que se indica el tipo y diseño de investigación, así como la población y los criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra. Del mismo modo se describe el instrumento de evaluación y el análisis de los mismos.

En el cuarto capítulo se presentan los datos relevantes de la muestra y se realiza el análisis y discusión de los resultados obtenidos en el estudio.

Finalmente, en el último capítulo se presentan las conclusiones producto de los hallazgos obtenidos y se señalan las recomendaciones pertinentes para próximas investigaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Formulación del problema

Las investigaciones acerca de la organización cerebral del lenguaje y las alteraciones que conlleva como consecuencia de una lesión cerebral tiene poco más de un siglo, despertando desde entonces el interés de muchos científicos debido a la diversidad y complejidad de trastornos que producen en el lenguaje. Por tal motivo desde sus inicios los hallazgos e interpretaciones generaron continuas polémicas. Sin embargo, en la actualidad el avance tecnológico ha permitido contrastar los aportes de diferentes áreas de las neurociencias sobre el funcionamiento cerebral e incluso ampliar la investigación respecto a las posibilidades del cerebro para su recuperación.

Por tanto, la pérdida o alteración adquirida del lenguaje debido a una lesión cerebral ocasionada ya sea por accidentes cerebrovasculares, traumatismos

craneoencefálicos, enfermedades degenerativas, entre otros, se denomina afasia. (Damasio, 1998) citado por (Junqué, 2004).

Actualmente en el Perú no se disponen de datos precisos sobre la incidencia de enfermedades cerebrovasculares ni de traumatismos craneoencefálicos. Por tal motivo, no se conoce con exactitud cual es la incidencia y la prevalencia de las discapacidades que generan. Sin embargo, entre los estudios realizados por el MINSA, según el Análisis Situacional de Salud del Perú 2010, se indica que entre las enfermedades no transmisibles que producen mayor mortalidad se encuentran las cerebrovasculares con una tasa de 31.4% muertes por cada 100 mil habitantes. Asimismo, el Análisis de Situación de Salud de la Provincia de Lima 2011, indicó que las enfermedades cerebrovasculares ocasionan el 4.6% de mortalidad en la etapa de vida adulto mayor (de 60 años a más). Mientras que en la etapa de vida adulto (de 30 a 59 años) el 40,8% son lesionados por accidentes de tránsito, seguido de la etapa de vida joven con el 28,17%. Presentando la mayoría traumatismos y siendo hospitalizados según su gravedad. En el 2008, otro estudio indica que los accidentes de tránsito y las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primero y décimo lugar respectivamente, entre las causas de carga de enfermedad y lesiones en el Perú, estudio que mide la pérdida de salud, que para una población representan las consecuencias mortales y discapacitantes de diferentes enfermedades y lesiones. Además el estudio indica que las enfermedades cerebrovasculares afectan más a los adultos de edad avanzada. (MINSA, 2008)

Dicho esto, la afasia se caracteriza por errores en la producción verbal, alteraciones en la comprensión y presencia de dificultades en la denominación,

afectando tanto la expresión como la recepción del lenguaje, ya sea a nivel auditivo (hablado) como visual (escrito). De tal manera que cuando existen dificultades en el reconocimiento o producción del lenguaje oral como consecuencia de algún tipo de daño o disfunción cerebral aparece necesariamente algún tipo de cambio en el sistema de lectoescritura, ya sea por confusiones fonológicas, por fallas en la memoria verbal, por mala selección de palabras, por imposibilidad para comprender y producir oraciones complejas, por cambios articulatorios y por agramatismo. Del mismo modo cabe resaltar que la lectura y la escritura implican procesos de alguna manera opuestos: leer supone ir de la palabra a la idea, mientras que escribir implica ir de la idea a la palabra, es así que pueden ocurrir alteraciones en la lectura que no comprometan la escritura y eventualmente una alteración de la escritura sin compromiso de la lectura.

Por tanto el lenguaje escrito es una actividad humana sumamente organizada y voluntaria, que requiere el análisis consciente de los sonidos que lo forman. Siendo un proceso cognitivo aprendido y luego transformado en un hábito automatizado complejo, compuesto por diferentes subtarear y en la que intervienen otros procesos cognitivos como: planificación del mensaje, construcción de la estructura sintáctica, procesos léxicos y procesos motores. (Cuetos, 2010). Debido a la complejidad que implica la escritura, su exploración debe formar parte del examen general del estado mental del paciente con afasia. Lo cual permitirá implementar procedimientos estandarizados de evaluación y rehabilitación de las secuelas en el lenguaje no sólo oral sino también escrito. Ya que en la actualidad es posible demostrar científicamente que el cerebro es un

órgano dinámico y capaz de experimentar considerables modificaciones después de sufrir lesiones o cambios ambientales. Stein, 1995 citado en Bruna 2011.

Por lo expuesto, la presente investigación pretende describir y comparar las características del lenguaje escrito entre pacientes afásicos fluentes y no fluentes, resultados que permitirán elaborar programas de rehabilitación en base a las características preservadas de la escritura.

1.2. Formulación de objetivos

a) Objetivo General

Describir y comparar las características del lenguaje escrito en los pacientes afásicos fluentes y no fluentes atendidos en una Institución Pública Sanitaria de Lima.

b) Objetivos específicos

1. Describir y comparar las características de la mecánica de la escritura en pacientes afásicos fluentes y no fluentes
2. Describir y comparar las características del recuerdo de símbolos escritos entre pacientes afásicos fluentes y no fluentes
3. Describir y comparar las características en la denominación por confrontación escrita entre pacientes afásicos fluentes y no fluentes
4. Describir y comparar las características de la formulación escrita en pacientes afásicos fluentes y no fluentes

1.3. Importancia y justificación del estudio

En la actualidad, investigaciones reconocen la importancia de evaluar y tratar a los pacientes con afasia de forma inmediata, por tanto la valoración de la capacidad funcional del lenguaje está adquiriendo cada vez mayor relevancia. Considerando al lenguaje como el principal determinante de la calidad de vida de un individuo. Asimismo, se observa que la atención que se presta a las alteraciones de la escritura en comparación con otras afectaciones lingüísticas es escasa, al atribuir dicha alteración a la existencia de problemas motores o mnésicos. Siendo una de las principales razones por la cual este tema resulta interesante e innovador en nuestro contexto ya que se describen y comparan las características del lenguaje escrito en pacientes afásicos fluentes y no fluentes permitiendo así obtener información relevante para estructurar y organizar los programas de rehabilitación para el lenguaje escrito.

1.4. Limitaciones de la investigación

Durante el desarrollo de la investigación las limitaciones que se observaron fueron las siguientes:

- Población limitada de pacientes afásicos fluentes y no fluentes.
- Pacientes afásicos que presentaban impedimento a nivel motor bimanual, tuvieron que ser excluidos del estudio.
- Existen escasas investigaciones sobre el lenguaje escrito, realizadas con sujetos de idioma español, así como en nuestro contexto.

- Debido a la población limitada, los resultados no podrán ser generalizados a otros entornos.
- Sesión de evaluación programada según disponibilidad de los familiares o apoderados del paciente, por lo cual se programó una sola sesión, resultando agotador para el evaluado.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1 Internacionales

Costello M. y Balasubramanian V. el año 2012 en Estados Unidos, publicaron el artículo “Copia y evocación en la terapia para recuperación de la disgrafía y memoria en afásicos” que elaboró y aplicó el programa CART para incrementar la habilidad de deletrear palabras en un paciente con afasia anómica y disgrafía fonológica. El tiempo empleado fue 20 semanas, con frecuencia de una sesión de 45 minutos semanal, el cual consiste en la escritura repetida de palabras, para incrementar la memoria de trabajo y así facilitar el deletreo de palabras de baja y alta frecuencia, así como de palabras concretas y abstractas. Los hallazgos demostraron que el programa incrementó la memoria de trabajo para el deletreo

de palabras de alta y baja frecuencia Determinando así la importancia de la memoria de trabajo para la ejecución de tareas de escritura.

El 2009, Guion A. y Friedman N. en Israel, publicaron el artículo “Posición de la letra en la digrafía”, presentando el estudio de caso de un paciente de habla Hebreo con disgrafía adquirida, quién cometía errores en la posición de las letras al escribir. El objetivo fue demostrar el tipo de errores que ocurren cuando el déficit se presenta a nivel del retén grafémico. Demostrando que su defecto provoca alteraciones en dos funciones distintas ya sea: 1) identificar las letras, lo que permite activar los grafemas que constituyen una palabra o 2) seleccionar la posición de los grafemas activados. Asimismo el estudio evidenció mayores errores en la mitad de la palabra determinado por la longitud y frecuencia de la palabra.

García O. y Madrazo M. en 2002 en España, presentaron el artículo “Alteraciones del procesamiento de la escritura: la disgrafía superficial”. En el cual describen un caso clínico de una paciente de 49 años con secuelas de accidente cerebro vascular, quién fue evaluada en distintas áreas, entre ellas el proceso de escritura. Donde se señaló fallos impropios de un adulto culto y con estudios superiores, así como la lentitud y dudas durante la ejecución, lo cual llevó a realizar una evaluación más amplia con ayuda de tareas como el dictado y copia de palabras así como también pseudopalabras. Se evidenció adecuada escritura de pseudopalabras, así como escritura correcta de letras tanto desde el sonido como desde el nombre, lo cual indica que se encuentra conservada la ruta fonológica. Mientras que se identificaron errores en el empleo de palabras de ortografía arbitraria y sobre todo el empleo de palabras irregulares. Por tanto los resultados

sugieren que la alteración se presenta a nivel de la ruta léxica, siendo un problema de escritura concreto y definido, lo cual permitirá centrar la intervención en proporcionar reglas ortográficas y pistas sobre la correcta escritura a través de imágenes, como en el caso de la letra “b” que tiene forma de bota.

En México, Solovieva, Y., Chávez M. , Quintanar, L. (2002) publicaron “Alteraciones de la actividad intelectual en pacientes con afasia motora aferente ” en el cual presentaron el estudio de tres casos con el objetivo de analizar las alteraciones de la actividad intelectual. Cabe señalar que en la afasia motora aferente el factor afectado es el cinestésico, que implica alteraciones de los movimientos finos del aparato articulatorio. Para dicho estudio emplearon el protocolo para la evaluación de la actividad intelectual en pacientes con daño cerebral de Solovieva, que consta de tareas como: elaboración de un plan, identificación del sentido en cuadros artísticos, descripción de láminas y resolución de refranes. Los resultados obtenidos indican que las alteraciones del lenguaje se acompañan de defectos en los procesos intelectuales, evidenciando dificultades en tareas de solución de problemas donde se incluye la operación de síntesis de la información, tanto verbal como no verbal. Por tanto la afasia motora aferente constituye un síndrome complejo que incluye no solo alteraciones de las diferentes formas de lenguaje sino también del pensamiento, en las operaciones de síntesis. Información importante a considerar al momento de realizar la evaluación y rehabilitación del lenguaje.

En el año 2001, Cuetos, F. y Fernández, J. publicaron el artículo “Las disociaciones en los pacientes afásicos como metodología de investigación de los procesos cognitivos. Un estudio sobre lectura y escritura.” Presentando el estudio

de un paciente afásico de 19 años, como consecuencia de un traumatismo craneoencefálico, quién mostraba un lenguaje no fluente, así como problemas en denominación, lectura y escritura. La evaluación de estos dos últimos procesos consistió en leer y escribir 204 palabras, pertenecientes a diferentes categorías como frecuencia, clase gramatical, complejidad morfológica o longitud, y 118 pseudopalabras en distintas sesiones. Evidenciando así que la ejecución en lectura era significativamente mejor que en escritura al dictado, a pesar de ser las mismas palabras. Cabe señalar que las categorías de las palabras no influyeron en la ejecución, lo cual indica que tanto la lectura como su escritura se realizaron a través de la ruta subléxica. Para comprobarlo, se le presentaron todas las letras para leerlas y todos los fonemas para escribirlos. Encontrándose nuevamente diferencias entre la lectura y escritura, mientras que en la primera tarea sólo tuvo dos errores, en la escritura cometió siete errores. Por tanto estos resultados demuestran que los procesos de conversión grafema en fonema son disociables a los mecanismos de conversión fonema en grafema. Sin embargo la alteración no se manifiesta por igual en ambos procesos, siendo en este caso más grave la escritura que la lectura.

En Colombia, Ardila, A., y Rosselli, M. (1994) publicaron “Alteraciones en la lectura y escritura en pacientes con lesiones cerebrales” estudio realizado a 62 pacientes con daño cerebral y un grupo control de sujetos normales. Se administró una batería neuropsicológica compuesta por: Prueba de Boston para el diagnóstico de las afasias, prueba de fichas, la figura compleja de Rey – Osterrieth. y la prueba de lectura y escritura, al grupo control solo se le administro la última prueba. Para comparar los puntajes obtenidos, se dividió la muestra en siete

grupos según el sitio de lesión y los resultados obtenidos en la prueba de Boston, los exámenes neurológicos y neuropsicológicos. Asimismo se agrupó a los pacientes con lesiones hemisféricas derechas e izquierdas. A su vez este último grupo se subdividió en: pre-rolándico y post-rolándico. Los resultados obtenidos en la prueba de lectura y escritura indican un número significativamente mayor de errores en los pacientes con lesiones cerebrales derechas comparados con el grupo control. En cuanto a la comparación entre pacientes con lesiones hemisféricas derechas e izquierdas, este último presenta un promedio más alto de errores. Asimismo las comparaciones interhemisféricas demuestran que el grupo postrolándico izquierdo obtuvo mayores errores tanto en lectura como escritura en comparación a al grupo prerolándico. En lo que respecta a lectura el máximo de errores lo obtiene el grupo de alexia sin agrafia y el número mínimo el grupo prefrontal. En cuanto a la escritura los pacientes con afasia global presentan mayor cantidad de errores seguidos de la afasia de Wernicke. Resultados que demuestran la complejidad y variabilidad de secuelas generadas por lesiones cerebrales en la lectura y escritura. Permitiendo realizar un análisis más minucioso de la evaluación de estos procesos.

2.1.2. Nacionales:

En el estudio realizado por Sinacay E. (2013) “Descripción de marcadores del discurso de hablantes con afasia fluente: Anómica, de conducción y Wernicke”, conformado por 4 pacientes, donde se buscó describir y caracterizar los marcadores de discurso empleados durante un intercambio conversacional. Los resultados demuestran que la Afasia de Wernicke presentó mayor dificultad para interactuar con su interlocutor, empleando enunciados cortos, agramáticos y con

gran cantidad de repeticiones. Mientras que en el caso de Afasia Anómica se evidenció una mejor interacción. Asimismo se indica que tanto el tipo de afasia, el tiempo de intervención, la mayor instrucción lingüística antes de la lesión son aspectos fundamentales para la inserción de marcadores en el discurso.

Cabrejos, M., Castillon, D. y Nuñez, K. (2012) investigaron las “Características sintácticas en pacientes afásicos no fluentes de un centro hospitalario del Callao”, quienes describieron las características a través de tareas de recitado, repetición de frases y oraciones, canto y habla espontáneo. Los resultados indican que los pacientes afásicos no fluentes, tienen alteraciones en el componente sintáctico, presentando agramatismo y lenguaje telegráfico, caracterizado por la ausencia de sujeto expreso, modificadores directo del sujeto y de objeto directo del predicado en frases y oraciones. En las tareas de canto y recitado, estructuran mejor las oraciones con sujeto tácito y núcleo de predicado en comparación al habla espontánea. Mientras que se evidencio un mejor desempeño en las tareas de repetición de frases y oraciones. Por tanto la afasia no fluente es un trastorno que afecta al componente sintáctico produciendo dificultades severas en la comunicación.

2.2. Bases científicas

2.2.1. Afasia

2.2.1.1. Marco histórico de las afasias

La primera evidencia de alteración cognoscitiva causada por daño cerebral se extrae de la medicina egipcia, hace 3500 a.C. al descubrir Edwin Smith en el año 1885 un papiro que posteriormente fue descifrado y comentado por Breasted en

1930, quién indica que el papiro contiene una serie de descripciones de pacientes con heridas en la cabeza, comprobándose así la relación entre cerebro– conducta que ya existía en aquel tiempo. (Ortiz, 1995)

Entre los siglos XV- XIX incrementa el interés por las patologías del lenguaje es así que surgen numerosas publicaciones, entre ellas: Antonio Guaneiro detalló el caso de dos pacientes afásicos, uno de ellos presentaba lenguaje fluente parafásico y el otro afasia no fluida. Asimismo, Gerolamo Mercuriale describió por primera vez un caso de alexia sin agrafia. Por otra parte Johann y Peter Schmitt en el siglo XVII identificaron pacientes afásicos con sintomatología diferente, como la incapacidad para denominar y repetir. Así mismo se reportó la disociación en la habilidad para leer en diferentes lenguas y la capacidad preservada para cantar. Ardila (2005).

En 1825 Bouillaud identificó dos tipos de alteraciones del lenguaje correspondientes a la forma motora y sensorial de la afasia: el articulatorio y el amnésico. De igual manera, Lordat en 1843, distinguió la habilidad para producir palabras (asinergia verbal) de la pérdida en la habilidad para recordar palabras (amnesia verbal). Posteriormente quién utilizó el término agrafia fue Ogle en 1867 para referirse a la pérdida adquirida en la capacidad para escribir.

Durante el siglo XIX la influencia de la teoría localizacionista generada por Franz Gall, postuló que los hemisferios cerebrales se componen de órganos independientes que dan lugar a características intelectuales y morales diferentes propias de una persona, pudiendo observarse por medio del relieve del cráneo. (Junqué, 2004). En contraposición surgió la teoría holística iniciada por Pierre

Flourens, quién introdujo el concepto de actividad mental unificada, es decir que el cerebro funcionaba de modo global, intuyendo la existencia de áreas asociativas del cerebro. (Portellano, 2005)

La neuropsicología del lenguaje destaca los aportes de Paul Broca y Carl Wernicke, el primero de ellos presentó en Paris el año 1861 el caso de un paciente que había perdido el lenguaje y que el examen postmortem demostró una gran lesión frontal superior, siendo así una evidencia a favor de la teoría localizacionista. Asimismo, señaló que el hemisferio izquierdo estaba relacionado con el lenguaje, pues alteraciones en la zona homóloga del hemisferio derecho no producía alteraciones en el lenguaje. Posteriormente en 1865, Broca declaró “la afemia se relaciona con lesiones de la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo del cerebro”, dato señalado 25 años antes por Dax y Auburtin pero su trabajo nunca fue publicado (Ardila, 2005). Desde entonces en su honor, esta zona recibe el nombre de Área de Broca y su lesión en la modalidad de patología del lenguaje se denomina Afasia de Broca. Sin embargo se desató un acalorado debate en torno a cómo denominar esta alteración que inicialmente Lordat había llamado alalia, mientras que Trousseau desacreditó el nombre afemia al considerarla sinónimo de infamia y lo reemplazó por la palabra afasia, empleada hasta la actualidad. (Portellano, 2005)

El segundo representante fue Karl Wernicke, quién propuso en 1874 la existencia de dos tipos de afasia: motora y sensorial, al identificar el principal centro del lenguaje comprensivo en la zona posterior del lóbulo temporal izquierdo. Cabe resaltar que sus estudios dieron mayor relevancia a las distintas conexiones entre los centros del lenguaje, surgiendo así los diagramas de las áreas del cerebro. De

esta manera postuló un tercer tipo de afasia que denominó afasia de conducción, al señalar que los centros del lenguaje comprensivo y expresivo se encuentran conectados a través del fascículo arqueado y cuya lesión provocaría alteraciones en el lenguaje. Más adelante, junto con Lichtheim, propuso un modelo de clasificación de las afasias denominado esquema de Lichtheim - Wernicke. (Ardila, 2005). Desde entonces la principal modalidad de afasia comprensiva recibe el nombre de Afasia de Wernicke.

Por otro lado Hughlings Jackson en 1864, contribuyó activamente al desarrollo de la neuropsicología adoptando una postura más holística y global sobre el cerebro, es así que identificó síntomas de decremento (pérdida específica resultante del daño) y síntomas de incremento (aumento de otras funciones como consecuencia de la disminución de la función particular), por tanto una lesión focal en el cerebro no produciría la desaparición de la función sino su desorganización. (Ardila, 2007)

Por su parte, Kart Lashley en 1929 formuló la ley de la acción en masa, haciendo referencia a la cantidad de tejido nervioso dañado más que a su localización y el principio de equipotencialidad, al decir que cualquier área del cerebro es capaz de asumir el control de cualquier tipo de comportamiento. (Portellano, 2005)

En 1914 Dejerine introdujo el concepto “área del lenguaje” que incluye la región posterior inferior del lóbulo frontal izquierdo, la parte posterior superior del lóbulo temporal y parte del lóbulo parietal. Considerando un área limítrofe, cuya destrucción originaria las llamadas afasias transcorticales. Asimismo describió dos formas de alexia: alexia pura y alexia con agrafia. (Junqué, 2004)

En 1947 como resultado de la segunda guerra mundial , Alexander Luria publicó el libro “La afasia traumática”, donde señaló que los procesos conductuales complejos no están localizados sino distribuidos en todo el cerebro dando lugar a sistemas funcionales que trabajan coordinadamente. (Bruna, 2011). Teoría que influyó en el estudio de las afasias.

Por otro lado en Estados Unidos a mediados de 1960 las interpretaciones clínicas y teóricas de los procesos cognoscitivos estuvieron a cargo de Geschwind y el Grupo de Boston quienes desarrollaron un enfoque conexionista bastante influyente hasta las últimas décadas, siguiendo fuertemente las ideas de Wernicke.

Desde 1975, la afasiología ha tenido un crecimiento notorio tanto a nivel teórico como práctico, gracias al surgimiento de las imágenes cerebrales anatómicas como la tomografía axial computarizada- TAC y a partir de 1990 las imágenes cerebrales funcionales como la resonancia magnética funcional -fMRI y la tomografía por emisión de positrones PET que permitió visualizar la actividad cerebral durante la realización de diferentes tareas verbales así como en tareas de pensamiento verbal. (Junqué, 2004)

Es así que progresivamente se ha logrado construir un soporte de conocimientos básicos que permiten la integración conceptual, de modo que las discrepancias sobre la interpretación teórica cada día son menores.

2.2.1.2. Etiología

Las alteraciones del lenguaje se pueden presentar por diversas patologías neurológicas, que modifican el adecuado funcionamiento del cerebro, entre las cuales se encuentran: Accidentes cerebro-vasculares (ACV), traumatismos craneoencefálicos (TCE), tumores cerebrales, las infecciones del sistema nervioso, enfermedades nutricionales y metabólicas, y las enfermedades degenerativas.

Accidentes cerebro - vasculares:

Según el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares de Maryland, Estados Unidos (NINDS, 1990) citado en Bruna, 2011, el ACV se define como un grupo heterogéneo de trastornos en los que se produce una lesión focal en el encéfalo, que puede ser transitoria o definitiva y que se debe a la alteración de un mecanismo vascular, causando reducción en la aportación de sangre, oxígeno y glucosa, interfiriendo el metabolismo cerebral y ocasionando alteraciones neuropsicológicas y de personalidad. Entre los cuales se distinguen dos grupos: isquémicos y hemorrágicos.

El ACV constituye la patología neurológica más frecuente siendo la principal causa de mortalidad en los países desarrollados, tras las enfermedades cardiovasculares y las neoplásicas. (Sesar, 2000) citado en Portellano, 2005. Asimismo más de la mitad de sobrevivientes presentan una considerable pérdida de autonomía y calidad de vida, lo cual genera un elevado coste sanitario y social. (Pérez, 2006) citado en Bruna, 2011.

Cabe señalar que el mayor factor de riesgo para padecer esta patología es la hipertensión arterial así también los traumatismos craneoencefálicos y malformaciones vasculares (aneurismas).

Traumatismos Craneoencefálicos:

Se define como aquella lesión cerebral provocada por la fuerza mecánica externa que se manifiesta por la aparición de alguna de las siguientes condiciones: Disminución del nivel de conciencia, periodo de amnesia postraumática, fractura craneal y/o existencia de alteraciones en la exploración neuropsicológica. Según el Modelo de Lesión Cerebral Traumática, citado por Bruna, 2011.

El TCE, no sólo produce alteraciones en la zona que recibe el impacto, sino también en otras áreas alejadas como consecuencia del golpe – contragolpe, siendo por lo general el área frontotemporal la zona más susceptible de sufrir daño. (Pelegrín, Muñoz- Céspedes y Quemada, 1997) citado en Portellano 2005.

En la actualidad constituye un importante problema de salud debido al aumento considerable de personas afectadas, sobretodo menores de 40 años. Asimismo, se debe considerar que el progreso de la medicina y los avances tecnológicos, han conseguido mayor sobrevivencia de personas con lesiones cerebrales graves. Sin embargo, esta población presentará diversos déficits, ya sean físicos, cognitivos y conductuales que generará gran impacto en su entorno familiar, social y laboral. (Roig, 2005) citado en Bruna, 2011

Tumores Cerebrales:

Se define como toda proliferación neoplásica que crece en el interior de la cavidad craneana, ya sea en el propio tejido cerebral e incluso en meninges, cráneo y nervios. Pudiendo expresarse en un cuadro clínico focal de carácter rápido o en uno lentamente progresivo, como también en un periodo silencioso que dure mucho tiempo, especialmente en zonas de poca expresividad funcional como son las áreas frontales o temporales. (Portellano, 2005)

Infecciones Del Sistema Nervioso:

El sistema nervioso puede verse amenazado por diversos agentes infecciosos que ingresan a través de la garganta, nariz, oídos y sangre, produciendo importantes secuelas cuando logran atravesar la barrera hematoencefalica o la barrera sangre- líquido cefalorraquídeo, afectando de este modo el tejido cerebral. (Portellano, 2005)

Enfermedades Degenerativas:

Las enfermedades degenerativas conllevan una pérdida progresiva de las células nerviosas dando lugar a un cuadro clínico denominado demencia que implica la disminución progresiva de funciones cognoscitivas; entre ellas: lenguaje, memoria, atención, pensamiento, habilidades espaciales y constructivas; así como alteraciones comportamentales.

2.2.1.3. Clasificación de las afasias

Desde las primeras descripciones realizadas por Broca y Wernicke se han propuesto diferentes clasificaciones de las afasias. Una forma de simplificar el problema consiste en emplear dicotomías sencillas, siendo la más frecuente la empleada por Weisenbrug y McBride (1935) que es la “expresiva - receptiva”, asimismo se tiene la propuesta por Wernicke que divide entre trastornos de tipo motor y sensorial. Por otra parte Benson (1972) utiliza la dicotomía fluente y no fluente. (Ardila, 2007)

Luria en 1980 propone una clasificación a partir de los niveles de lenguaje que se encuentran alterados: discriminación fonémica, memoria léxica, selección léxica, comprensión de las relaciones entre palabras, realización de movimientos finos para hablar y la secuenciación de elementos. Mientras que el Grupo Boston utiliza y desarrolla las ideas de Wernicke, y hace distinción entre afasias fluentes y no fluentes así como afasias corticales, transcorticales y subcorticales. Empleando la denominación de afasia transcortical como la habilidad del paciente para repetir mientras que su lenguaje espontáneo se encuentra reducido.

Por tanto la clasificación clásica de las afasias se basa en correlaciones clínicoanatómicas. En la presente investigación se emplea la propuesta por Benson y Geschwind (1971) citado por Junqué, 2004. Asimismo para su mejor comprensión se integra el criterio anatómico de localización Pre-rolándica o no fluente y post-rolándica o fluente, propuesto por Benson y Ardila 1996. (Ardila, 2007).

a) Afasia Pre-Rolándica o No Fluente:

Afasia de Broca:

Ampliamente conocida en la actualidad, también denominada afasia expresiva, afasia motora eferente o cinética, afasia verbal, afasia sintáctica. Se origina a partir de una lesión de la tercera circunvolución frontal izquierda (área 44 de Broadman) y de regiones próximas como el opérculo y la ínsula.

Se caracteriza por una reducción drástica del lenguaje expresivo y la producción verbal, generando dificultades articulatorias tanto en denominación como en repetición, siendo el lenguaje repetitivo y la producción de series automáticas superior al lenguaje espontáneo. Del mismo modo, Bruna (2011) indica que la anomia afecta más a los verbos. Mientras que la comprensión del lenguaje siempre es superior a la producción verbal pero nunca normal.

En cuanto a la lectura, aunque la mayoría tiene dificultades para leer en voz alta, su nivel de comprensión es muy superior a su nivel de lectura. En lo que respecta a la escritura, se encuentra seriamente alterada, realiza letras grandes, un tanto deformadas, presenta errores en el deletreo y omite letras, afectando la escritura espontánea, el dictado e incluso la copia. La escritura de palabras significativas es muy superior a pseudopalabras. La presencia de perseveraciones parece ser una constante en las dificultades de escritura. Luria (1977) citado en Ostrosky, 1998.

Afasia Transcortical Motora:

Producida por lesión dorsolateral prefrontal izquierda, mientras que el daño en el área motora suplementaria provocaría mutismo inicial e incapacidad para iniciar el lenguaje, que suele mejorar en unos meses. (Martinell, 2011) en Bruna, 2011.

Se caracteriza por un lenguaje no fluido, pese a no apreciarse defectos en la articulación, existe buena comprensión y repetición casi normal. La prosodia, articulación y gramática se encuentran preservadas, asimismo logra expresar series automáticas y complementación de frases. Mientras que la expresión es poco elaborada, emplea palabras aisladas o frases breves, e incluso en ocasiones presenta parafasias verbales, del mismo modo la producción de nombres por confrontación está limitada, incurre en perseveraciones y fragmentaciones. Evidenciando deficiente fluidez verbal pero buen desempeño en tareas que requieren señalar determinado estímulo.

La lectura en voz alta es lenta y difícil de mantener, sin embargo es superior a la escritura, cuya producción es escasa y puede encontrarse letras formadas con torpeza y oraciones incompletas. En general la comprensión del lenguaje es superior a su producción.

b) Afasia Post-Rolándica o Fluente

Afasia de Wernicke

También llamada afasia sensorial, afasia receptiva, afasia central, entre otras. Presentando características clínicas evidentes y bien definidas en la literatura. La

lesión se localiza en la parte posterior de la primera circunvolución temporal (área de Wernicke) con extensión posterior. (Martinell, 2011) en Bruna, 2011.

Entre las principales características, el lenguaje expresivo es fluido y bastante excesivo, la prosodia y la articulación son adecuadas. Presenta parafasias fonológicas o verbales que repercuten la claridad del discurso. Siendo el desempeño en tareas que implican señalar mejor a las que requieren denominación. Mientras que la estructura gramatical es usualmente aceptable. Siendo la falta de comprensión del lenguaje oral una característica significativa, limitado en algunos casos a palabras simples o frases sencillas.

La lectura se encuentra tan alterada como su comprensión del lenguaje oral. La escritura también es anormal, sin embargo es fluida, con letras bien formadas, abundando palabras ininteligible por las omisiones y sustituciones de las letras. Siendo la escritura similar a la producción oral con abundantes paragrafías literales, verbales y neologismos. (Ardila, 2005).

Afasia de Conducción:

Descrita por Wernicke en 1874 y siendo hoy uno de los síndromes afásicos más discutidos (Ardila, 2007). Denominado también afasia motora, aferente o central (Portellano, 2005). Es causado por lesiones parietales (circunvolución postcentral y supramarginal), de la corteza auditiva primaria izquierda, de la ínsula y de la sustancia blanca subyacente. (Dronkers, 2000) citado por Martinell en Bruna (2011).

Se caracteriza por presentar un lenguaje espontáneo relativamente fluente, puede expresar una o varias frases sin dificultad. Buena comprensión y pobre repetición

con presencia de parafasias fonológicas. Asimismo, presenta defectos en la denominación, trastornos en la lectura caracterizados por paralexias literales e interrupciones constantes, siendo su lectura silenciosa muy superior a su lectura en voz alta, también se evidencia alteraciones en la escritura, como paragrafías literales, omisiones y sustituciones de letras, incluso cometen errores en la posición de una palabras dentro de una oración. (Benson, 1977) citado Ostrosky, 1998.

Afasia Transcortical Sensorial:

Comparte la característica de un lenguaje fluido con notables parafasias, conservación del lenguaje repetitivo y suele haber ecolalia. Por tanto la fonología está conservada pero existen graves fallas semánticas. Asimismo, buen lenguaje seriado una vez iniciada la tarea. Sin embargo, el lenguaje comprensivo es deficiente y en ocasiones casi nulo. Del mismo modo denominar, señalar, cumplir órdenes verbales y responder preguntas cerradas pueden ser imposibles para el paciente.

En cuanto a la lectura puede leer en voz alta pero sin comprender lo que está leyendo. La escritura también esta alterada y aparece una agrafía muy similar a la que se presenta en la afasia de Wernicke.

Afasia Transcortical Mixta:

Se produce por lesiones múltiples o en el estadio final de lesiones degenerativas. El cuadro clínico se encuentra caracterizado por la ausencia de lenguaje espontáneo sin embargo el lenguaje repetitivo está conservado aunque presenta dificultad al repetir frases cortas, la articulación es clara y la producción de series

es buena una vez iniciada la tarea. El nivel comprensivo está muy alterado, así como la denominación. Presentando además incapacidad total para leer y escribir.

Afasia anómica:

Se caracteriza por la presencia de un lenguaje fluente, bien articulado, gramáticamente correcto y con poca parafasias. La comprensión del lenguaje, la repetición y la comprensión escrita están preservadas. Evidenciando dificultades para hallar la palabra adecuada y problemas en la denominación. La capacidad para hallar palabras en el lenguaje escrito puede ser considerablemente mayor que en el lenguaje hablado.

2.2.2. Lenguaje Escrito

En la historia de la humanidad, la creación del lenguaje escrito ha sido uno de los logros más importantes, constituyendo una herramienta muy poderosa en nuestra cultura, ya que permitió expandir la comunicación tanto en tiempo como en distancia. (Cuetos, 2012). Asimismo, se convirtió en un instrumento imprescindible para el desarrollo de la ciencia, literatura e incluso para la propia historia; transformando las formas educativas que hasta ese entonces empleaban solo la transmisión oral de los saberes y constituyendo así la llave de acceso a otros aprendizajes. (Defior, 2000)

Cabe señalar que la adquisición tanto de la lectura como de la escritura son recientes a comparación del lenguaje oral, al tratarse de sistemas funcionales complejos que no se encuentran programados en el cerebro e implican múltiples

operaciones y un amplio conjunto de conocimientos. Por tanto su desarrollo se correlaciona con cambios en el sistema nervioso, es decir, maduración neuronal. Dichos cambios aumentan progresivamente la capacidad de procesamiento de información, desarrollo perceptual, lingüístico, procesos de aprendizaje y almacenamiento de información (Ostrosky, 1998). Siendo ésta la base para su adquisición por medio de una enseñanza sistemática y específica durante varios años. Sin embargo, se pueden presentar alteraciones de estas capacidades como consecuencia de daño cerebral.

El estudio de la escritura hasta finales del siglo XX se enfocaba hacia el texto o el producto escrito y en cómo mejorarlo. Con el transcurso del tiempo ésta concepción tradicionalista fue sometida a tela de juicio por lingüistas, psicólogos, educadores y académicos como Bruner, Luria, Piaget y Vigotsky, entre otros. Considerando el lenguaje (tanto escrito como hablado) como un proceso cognitivo y expresivo. Cabe destacar el aporte de Chomsky al señalar que la competencia lingüística es innata, universal y cognitiva, siendo necesario estudiar el funcionamiento de la mente para estudiar el lenguaje. (Chomsky, 1968) citado por Cuetos, 2012.

Por tanto la escritura es un proceso complejo que requiere altos niveles de autorregulación y control. Luria (1977,1980) citado en Ostrosky, 1998; considera tres etapas para la adquisición de la escritura que continúan vigentes en la actualidad:

- 1) Análisis de la composición acústica de la palabra a través de un oído fonético bien desarrollado (discriminación de fonemas)

2) Análisis de la secuencia acústica que integra la palabra, donde se establece un orden fonológico.

3) Identificación de los elementos acústicos (fonemas) con grafemas donde se requieren discriminaciones visuales finas, como es el caso de las letras: b – p – d – q. Siendo diferente el patrón de ejecución motriz para cada letra.

Por consiguiente, no es lo mismo escribir el nombre cuando recién se está aprendiendo, que escribirlo cuando ya es un acto automatizado. De tal manera paulatinamente ya no se piensa en la ejecución de cada letra, sino en palabras o incluso frases. Es así que las funciones psicológicas superiores en el adulto se realizan de diferente forma que en los niños, ya que algunas conexiones cerebrales dejan de ser empleadas pero pueden activarse en caso sea necesario. Mientras que los niños se encuentran en un periodo de adquisición y fortalecimiento de dichas funciones. (Vigotsky, 1964) citado por Ostrosky, 1988.

Es necesario indicar que los sistemas alfabéticos como el Español, requieren mayor recurso cognitivo por su abstracción pero exigen menos en cuanto a memoria comparados con sistemas logográficos, como el Chino. (Defior, 2000) Siendo el español un sistema perfectamente transparente en lo que respecta a lectura, ya que cada grafema representa a un único fonema, mientras que es opaco en cuanto a la escritura, pues algunos fonemas se pueden representar mediante diferentes grafemas (/k/ como “k”, “qu” o “c”, /b/ como “b” o “v”, etc.) lo que hace que algunas palabras sólo puedan ser escritas correctamente si se dispone de una representación mental de su forma ortográfica. Existiendo así una serie de reglas ortográficas que tratan de regular esta situación. Aun así, existen palabras

que no se ajustan a ninguna regla y cuya forma ortográfica es arbitraria. (Cuetos, 1998).

Del mismo modo se requiere aprender que las palabras se separan por espacios en blanco y que no pueden unirse ni fragmentarse de modo arbitrario. Además es necesario conocer las reglas de puntuación y de acentuación que otorgaran información tanto de tipo sintáctico, semántico o pragmático a la escritura.

Cabe resaltar que las habilidades de segmentación fonológica, juegan un papel sumamente importante en la escritura, incluso más que en la lectura. (Defior, 2000)

2.2.2.1. Procesos cognitivos de la escritura

Para comprender las alteraciones del lenguaje escrito es necesario conocer el desarrollo normal de estas habilidades. Es así que en 1970 surge la psicología cognitiva y la neuropsicología que pretenden explicar los mecanismos que operan en la ejecución de los procesos cognitivos y como se interrelacionan entre ellos, al observar que unas habilidades pueden operar de modo adecuado mientras que otras ser altamente ineficientes. Cuetos (2012) hace referencia a dos de los modelos cognitivos más influyentes:

a) Modelos de Hayes y Flower

Este grupo de investigadores señalan que la escritura productiva es una actividad sumamente compleja compuesta de muchas subtarear diferentes y en la que intervienen tres procesos cognitivos que son:

Planificación – reflexión: Planificar comprende la generación de objetivos, contenido y la organización del contenido para desarrollar el texto. Por tanto el escritor crea y genera ideas durante el mismo proceso de escritura, experimentando la producción de texto como un proceso libre de descubrimiento y construcción.

Transcripción – producción de texto: Implican los mecanismos de control y autorregulación que se desarrollan durante el proceso del acto de escribir, ya que la escritura es una actividad intencional, autodirigida y autoplanificada. (García, 2007) citado por Cuetos, 2012. De este modo, la generación de textos comparte muchos componentes cognitivos con la generación del lenguaje oral, como la selección del contenido, la recuperación léxica, la formulación sintáctica y otros. Además la escritura de palabras implica la recuperación de la ortografía y de los grafemas que forman las palabras hasta llegar a los programas motores en los que se especifica su secuencia, dirección y amplitud de los movimientos.

Revisión: Implica tanto la evaluación y revisión del texto ya escrito, así como el análisis de ideas que todavía no se han trasladado al papel. Éste proceso está influenciado por los recursos de la memoria de trabajo y de la memoria a largo plazo (Defior, 2000). El esquema de tarea incluye múltiples procesos, como: la lectura crítica, la resolución de problemas y la producción de texto. A medida que el escritor adquiere mayor habilidad está más predispuesto a revisar no sólo las características superficiales del texto (sustitución de palabras, corregir errores ortográficos, pasar el texto a limpio) sino el significado de lo escrito.

b) Modelo psicolingüístico

Cuetos (2009), propone cuatro procesos cognitivos necesarios en la escritura:

Planificación del mensaje: Durante la planificación se genera información sobre el tema que se va a escribir, por tanto la memoria a largo plazo juega un rol importante al ser el almacén de nuestros recuerdos. Luego se seleccionan los contenidos más relevantes y se organizan en un plan coherente y pertinente con ayuda de criterios o preguntas de revisión. Cabe resaltar que en este modelo, los criterios de revisión del texto forman parte del proceso de planificación.

Construcción de las estructuras sintácticas: Escribir un texto supone hacerlo en frases y ajustarlas a reglas y estructuras gramaticales. Por tanto una vez que se ha decidido el mensaje que se quiere escribir se debe construir la estructura gramatical que luego encajará a las palabras de contenido (sustantivos, verbos y adjetivos) de esta manera lo que se escriba tendrá sentido.

Selección de palabras: Para recuperar la forma ortográfica de las palabras que formarán parte de las estructuras sintácticas, Coltheart y Rastle (1994) citado en Viñals (2003) señalan dos vías de acceso:

1) La ruta léxica que viene a ser el sistema de análisis visual donde se analiza el lenguaje escrito y se produce una secuencia de letras abstractas. que activa directamente la representación ortográfica o la forma en que deben ser escritas las palabras (léxico ortográfico), es importante conocer que la variable léxica más importante es la frecuencia de uso, pues es la que marca el umbral de activación. Cuando la representación de una palabra no está bien consolidada se pueden producir errores de omisión o intercambio de algunas letras. Aunque también

interviene otras variables léxicas como: categoría gramatical y complejidad morfológica. Luego, al igual que en el caso anterior las representaciones de cada una de estas palabras se mantendría disponible en la memoria operativa, desde donde se ejecutarán los movimientos necesarios para formar los signos gráficos. Cabe señalar que esta vía no permite escribir palabras desconocidas ni pseudopalabras.

2) La ruta fonológica, al igual que la ruta léxica, tiene como primer componente el sistema de análisis visual, para después seguir con el sistema de conversión grafema – fonema, donde se llevan a cabo tres procesos diferentes: a) la segmentación de la cadena de letras para transformarlas en una secuencia de grafemas; b) la aplicación de reglas de conversión grafema – fonema; c) el ensamblaje de la cadena de fonemas. Y finalmente el nivel fonémico, donde se sostiene la cadena de fonemas ensamblados hasta su producción. Ésta vía no es inusual, ya que permite obtener la ortografía por aplicación de reglas de transformación de fonemas a grafemas, mas no para seleccionar la ortografía correcta en palabras que contengan fonemas que puedan representarse con diferentes grafemas.

Es importante resaltar la importancia de la memoria a corto plazo para la conversión fonema grafema, sobre todo para secuencias de sonidos como en oraciones largas, empleando muchas veces estrategias de repetición.

Procesos motores: En función de la escritura que se vaya a realizar y el tipo de letra, se seleccionan los alógrafos pertinentes y se activan los programas motores que se encargan de producir los correspondientes signos gráficos.

Si bien los modelos anteriores describen la escritura más compleja que es la productiva, también existe otra forma de escritura, llamada escritura reproductiva, como son la copia y el dictado.

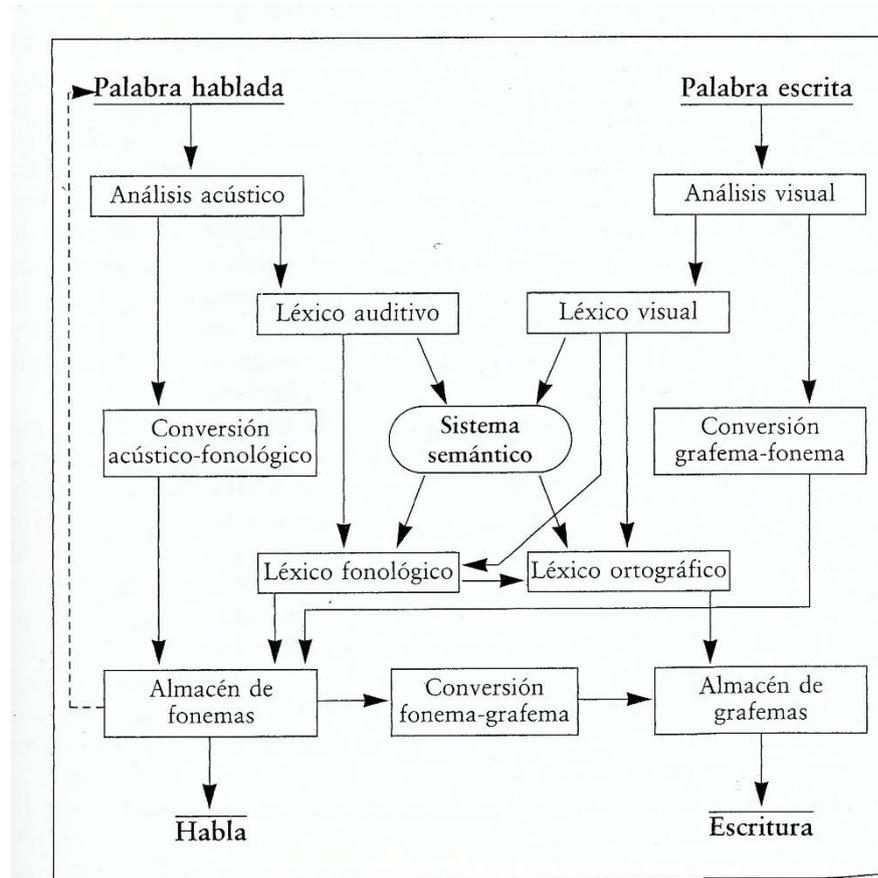


Figura 1. Modelo de los procesos que intervienen en el lenguaje, tanto oral como escrito. Fuente: Cuetos, F. (1998). Evaluación y Rehabilitación de las Afasias. Aproximación cognitiva. Pág. 49

Copia:

Consiste en escribir palabras o pseudopalabras que el sujeto tiene a su vista. Por tanto supone pasar de la palabra escrita a la escritura. Existen tres formas de realizar esta tarea:

a) Entender la palabra que se va a escribir, es decir, acceder al sistema semántico. En este caso el recorrido es el siguiente: análisis visual para identificar las letras, léxico visual para reconocer la palabra y sistema semántico para recuperar el significado. A continuación se requiere el léxico ortográfico para recuperar la ortografía de la palabra, almacén de grafemas y finalmente los procesos motores.

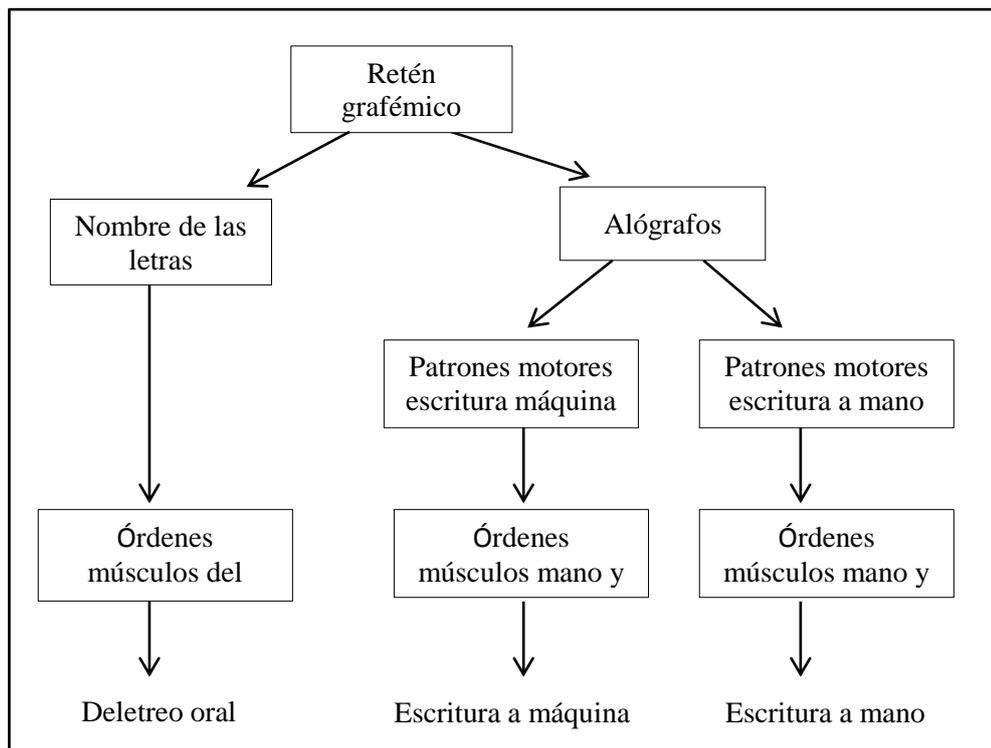


Figura 2. Modelo de los procesos motores de la escritura. Fuente: Cuetos, F. (1998). Evaluación y Rehabilitación de las Afasias. Aproximación cognitiva. Pág. 53

b) Realizar una copia sin entrar en el significado, donde el recorrido podría ser el mismo que el anterior, excepto el paso por el sistema semántico que se evitaría pasando directamente del léxico visual al léxico fonológico y de este al ortográfico o incluso directamente del léxico visual al léxico ortográfico.

c) Realizar copia de pseudopalabras y palabras desconocidas de las cuales no tenemos representación. Estos estímulos se pueden copiar a través de la vía fonológica, primero la de lectura y después la de escritura. Interviniendo los siguientes procesos: identificación de los grafemas en el análisis visual, después conversión de los grafemas en fonemas; posteriormente, la conversión de fonemas en grafemas y por último, los procesos motores. Esta vía tiene el inconveniente de que los cambios de grafemas a fonemas y viceversa puede dar lugar a errores ortográficos en los fonemas que se representan con dos o más grafemas.

d) Se conecta directamente el sistema de análisis visual con el nivel de grafemas sin la intervención de algún proceso medio Incluso mediante la copia esclava, donde ni siquiera se identifican las letras, simplemente se dibujan. Por tal motivo está última no se considera una forma de escritura.

Escritura al dictado:

La ejecución de esta tarea requiere percibir oralmente la palabra, lo cual implica identificar la secuencia de fonemas. Cuetos (1998) refiere varias posibilidades de realizar esta tarea: La más usual es empleando el sistema semántico, es decir, percibir la palabra mediante el sistema de análisis auditivo, reconocer la palabra en el léxico auditivo, recuperar el significado en el sistema semántico, buscar la forma ortográfica en el léxico ortográfico y finalmente los grafemas que corresponden a esa palabra en el almacén de grafemas. Pero no es la única vía posible, ya que algunas veces se escribe al dictado sin entender las palabras que se escriben. En este caso la vía no pasa por el sistema semántico, va directamente del léxico fonológico al léxico ortográfico. Por tanto la vía léxica permite escribir

con la ortografía adecuada a pesar de no entrar en el significado. Existe otra posibilidad, que es sin consultar los léxicos, esto sucede al escribir una palabra que nunca hemos oído ni visto antes o una pseudopalabra, por lo que no podemos consultar el léxico ya que no existe representación para esta palabra. Los procesos que intervienen son: Análisis auditivo, mecanismo de conversión acústico en fonológico y mecanismo de conversión fonema en grafema.

Marslen y Tyler (1980) citado en Cuetos (2010), demostraron que los sonidos iniciales de las palabras son suficientes para su identificación.

2.2.2.2. Disgrafía

Las dificultades de la escritura se conocen de manera genérica con el nombre de disgrafias. Una primera clasificación distingue entre disgrafias adquiridas o también denominadas agrafias, es decir, como consecuencia de una lesión cerebral después de haber adquirido esta habilidad; y las evolutivas, que se caracterizan por una dificultad en la adquisición de la escritura sin que exista una razón aparente para ello. (Defior, 2000). Por tanto en la presente investigación nos centraremos en las disgrafias adquiridas.

2.2.2.3. Clasificación de las disgrafias:

a) Clasificación clásica de las agrafias (Disgrafias)

Propuesta por Benson y Ardila en el año 1996 citado en Ardila (2007).

Consideran en la clasificación tres grupos de agrafias: afásicas, no afásicas y otros trastornos de la escritura.

Tabla 1. Clasificación de las agrafias (Adaptado por Benson y Ardila, 1996).

Clasificación clásica de la agrafias
Agrafias Afásicas <ul style="list-style-type: none"> - Agrafia de la afasia de Broca - Agrafia de la afasia de Wernicke - Agrafia de la afasia de Conducción - Otras agrafias afásicas
Agrafias no afásicas <ul style="list-style-type: none"> - Agrafia motora - Agrafia pura - Agrafia apráxica - Agrafia espacial
Otros trastornos de la escritura <ul style="list-style-type: none"> - Hemiagrafia - Alteraciones en la escritura de origen frontal - Estados confusionales - Agrafia histérica

Fuente: Neuropsicología Clínica (2007). Ardila, A. Pág. 102

Para el presente estudio detallaremos la clasificación de las agrafias afásica, donde se encuentran:

Agrafia de la afasia de Broca: Siendo su escritura lenta, torpe, abreviada y agramatical. Además se observan paragrafías debido a asimilaciones, perseveraciones y omisiones de letras. Asimismo, las letras están pobremente formadas y mal distribuidas. Con frecuencia el paciente presenta hemiparesia, escribiendo con la mano no dominante, lo cual implica una dificultad adicional.

Agrafia en la afasia de Wernicke: Se caracteriza por una escritura fluida con letras bien formadas, pero mal combinada. Presenta paragrafías literales como adiciones, sustituciones y omisiones de letras. Conserva el uso de elementos gramaticales. Pese a fluidez en la escritura en ocasiones resulta incomprendible.

Agrafia en la afasia de conducción: Se caracteriza por una mejor escritura espontánea que al dictado. Presenta paragrafías literales como sustituciones, omisiones y adiciones de letras. Asimismo hay autocorrección pero no recuerda cómo se escribe. La escritura es lenta, letras pobremente formadas pero reconocibles. Sin embargo su escritura espontánea es adecuada en cuanto a gramática y selección de palabras.

Otras agrafias afásicas: En el caso de las afasias globales, el defecto en la escritura es grave, siendo ininteligible y limitada a rasgos o letras formadas en varios intentos.

En la afasia transcortical mixta, la habilidad para copiar puede estar intacta mas no para el dictado.

En el caso de afasia transcortical sensorial, es posible encontrar algún grado de agrafia, ya que el paciente olvida los nombres manifestándose también en su escritura. Asimismo presenta paragrafías.

b) Clasificación Psicolingüística de las disgrafias

Cuetos, (2012) considera la siguiente clasificación:

Disgrafias Centrales: Trastornos a nivel léxico

Se caracteriza por las dificultades en la habilidad de decodificar y codificar el lenguaje escrito, además se encuentra alterada la habilidad de leer como la de escribir, además de tener afectadas todas las modalidades de escritura (a mano, a computadora, deletreo con letras de plástico)

Existen tres tipos de disgrafias centrales:

Disgrafía subléxica o fonológica: Se caracteriza por incapacidad para escribir pseudopalabras o palabras desconocidas, mientras que conserva la habilidad para escribir palabras para las cuales tiene una representación léxica.

Disgrafía léxica o superficial: el paciente es capaz de escribir correctamente palabras regulares y pseudopalabras, pero comete errores con las palabras de ortografía arbitraria.

Disgrafía profunda: Cuando se lesionan ambas vías, se evidencia dificultades con las palabras de ortografía arbitraria y una total incapacidad para escribir pseudopalabras. Siendo el síntoma característico la presencia de errores semánticos al escribir al dictado o de forma espontánea. Afectando de esta manera todos los modos de producción de escritura.

Disgrafias Periféricas: Puede afectar sólo algunas formas de escritura (a mano, a computadora, con letras de plástico, etc). Por otra parte las variables lingüísticas

como la frecuencia de las palabras, categoría gramatical, concreción – abstracción, no afectan a este tipo de disgrafias. Por tanto presentan dificultades en los mecanismos de planificación de los movimientos motores para escribir letras y palabras, no habiéndose afectado otros aspectos del lenguaje.

Existiendo varios tipos:

Cuando la lesión se encuentra en el almacén grafémico: Las alteraciones se producen a nivel de todas las palabras, sobre todo a nivel de grafemas (sustituciones, omisiones, intercambios). Apareciendo en cualquier modalidad de escritura.

Cuando se lesiona el mecanismo de conversión alográfica: Se caracteriza por elección correcta de grafemas pero no del alógrafo, no emplean las reglas del uso de mayúsculas, minúscula. Así como escritura con letra tipo imprenta, cursiva.

Lesión en el mismo almacén alográfico: presenta dificultades permanentes con ciertos alografos.

Cuando el trastorno se produce en la conexión del almacén grafémico con el almacén de patrones motores: Se produce la sustitución de letras, esta alteración solo se limita a la escritura a mano pues en otras modalidades no exigen movimientos motores.

Lesión en el mecanismo de asignación de patrón motor grafémico: produce pérdida de los programas motores que controlan la formación de las letras, también llamada disgrafía apráxica. Por tanto la escritura con teclado o con letras de plástico está intacta.

2.2.2.4. Evaluación de la escritura en afásicos:

Es necesario indicar que cada idioma, posee sus propios principios gramaticales para la lectoescritura. Esto llevó a elaborar pruebas en español. Entre las pruebas empleadas para la evaluación de la escritura en pacientes afásicos que incluyen el área de escritura se consideran:

Batería de las afasias de Western, adaptada al español por Pascual Leone (Kertesz, 1990) citado por Ardila, 2007. Incluye muchos ítems de la prueba de Boston. Conformada por cuatro subpruebas de lenguaje oral, así como pruebas de lectura, escritura, aritmética, praxis, habilidades construccionales y la prueba de matrices progresivas de Raven.

Batería para la evaluación de los trastornos afásicos (BETA) elaborado por Cuetos y González el 2009 en España. Proporciona tareas que permitan evaluar todos los componentes del sistema de procesamiento lingüístico. Conformada por 30 tareas agrupadas en 6 bloques: Comprensión oral, producción oral, lectura, escritura, Semántica y oraciones. El bloque de escritura tareas como: Señalar letras, copia de mayúscula a minúscula, denominación escrita de objetos, dictado de palabras de ortografía arbitraria y dictado de pseudopalabras. (Cuetos, 2009)

Batería Bedside de lenguaje para la evaluación de la afasia, elaborada en Argentina el 2008 por Sabe y Curtis, es un instrumento de cribaje conformada por cinco áreas: Lenguaje espontáneo, comprensión, repetición, lectura y escritura, esta última evalúa la mecánica de los movimientos de la escritura, evocación de símbolos escritos, dictado y la formación de oraciones a partir de una lámina.

2.3. Definición de términos básicos

a) Afasia

La afasia es una pérdida adquirida en el lenguaje como resultado de algún daño cerebral, caracterizado por errores en la producción verbal, alteraciones en la comprensión y presencia de dificultades en la denominación, afectando tanto la expresión como la recepción del lenguaje, ya sea a nivel auditivo (hablado) como visual (escrito). (Kertesz, 1985) citado por Ardila, 2007. Pudiendo presentarse como consecuencia de diversos trastornos neurológicos, como accidentes vasculares cerebrales, tumores, traumatismos craneoencefálicos, entre otros. (Damasio, 1998) citado por (Junqué, 2004)

b) Escritura

La escritura es una representación gráfica del lenguaje, que utiliza signos convencionales y sistemáticos. Siendo una actividad organizada y voluntaria. (Luria, 1975) citado por Sanchez, 2006. Además supone el conocimiento de los códigos del lenguaje, habilidad para convertir los fonemas en grafemas, conocimiento del sistema grafémico, así como posibilidades motrices que le permiten tomar su forma. Siendo la escritura creativa la más compleja, comparada con la copia y el dictado, ya que hace referencia a composiciones imaginativas que se elaboran como producto de la fantasía o la experiencia (Condemarín, 1990).

c) Agrafía: o también llamada disgrafía adquirida, es la alteración del proceso de escritura como consecuencia de una lesión cerebral.

2.4. Formulación de hipótesis

a) Hipótesis general:

H1: Existen diferencias en las características del lenguaje escrito entre pacientes afásicos fluentes y no fluentes atendidos en una Institución Pública Sanitaria de Lima.

H0: No existen diferencias en las características del lenguaje escrito entre pacientes afásicos fluentes y no fluentes atendidos en una Institución Pública Sanitaria de Lima.

b) Hipótesis específica

H2: Existen diferencias en las características de la mecánica de la escritura en pacientes afásicos fluentes y no fluentes

H3: Existen diferencias en las características del recuerdo de símbolos escritos entre pacientes afásicos fluentes y no fluentes

H4: Existen diferencias en las características en la denominación por confrontación escrita entre pacientes afásicos fluentes y no fluentes.

H5: Existen diferencias en las características de la formulación escrita en pacientes afásicos fluentes y no fluentes.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

El presente estudio es una investigación descriptiva, pues se pretende caracterizar las alteraciones del lenguaje escrito en pacientes afásicos, mas no modificarla.

3.2. Diseño y tipo de investigación:

El tipo de investigación es no experimental al no buscar manipular las variables.

El diseño de investigación es descriptivo - comparativo, establecido en función de caracterizar y comparar el lenguaje escrito

O1 = Afásicos fluentes

O2= Afásicos no fluentes

X1= Lenguaje escrito

3.3. Población y muestra:

Población:

Adultos afásicos atendidos en una Institución Pública Sanitaria de Lima en el periodo Julio – Setiembre 2013. Según estadísticas de la institución, el 2012 se atendieron 69 pacientes con el diagnóstico de afasia, conformados por seis consultas nuevas y 63 interconsultas.

Criterios de inclusión:

- Adultos alfabetizados (mínimo primaria completa)
- Adultos de 18 a 70 años de ambos sexos.
- Consentimiento informado aprobado por familiares o apoderados.

Criterios de exclusión:

- Adultos con déficit motor bi-manual, enfermedad de Alzheimer y/o demencia senil.

3.4. Operacionalización de variables:

Variable: Lenguaje escrito

- Definición operacional: Puntajes alcanzados en la Subprueba de escritura del Test de Boston
- Tipo de variable: Cuantitativa
- Nivel de medición: Intervalo

- Dimensiones: Percentiles

3.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Se presentó una solicitud al Director General y al jefe de la Oficina de Docencia, una vez aprobado, se seleccionaron a los pacientes previa evaluación neurológica y teniendo como diagnóstico afasia ya sea fluente o no fluente, conformando de este modo los dos grupos: Afásicos fluentes y afásicos no fluentes. En caso cumpla con los requisitos de adecuada alfabetización antes de la lesión, así como no presentar déficit motor bi-manual severo que repercuta en su desempeño, se incluye al paciente en la investigación previa autorización de sus familiares y/o apoderados procediendo a la firma del consentimiento informado. Luego se recopila información relevante por medio de una adecuada anamnesis, ya sea de forma directa al paciente o por medio de algún familiar cercano.

La presente investigación empleó el subtest de escritura del Test de Boston, la cual fue diseñada para el diagnóstico de las afasias por Goodglass y Kaplan en 1972 en USA; así como dos ediciones traducidas al español por la editorial Médica Panamericana, 1974 y 1996 en Argentina. La segunda traducción fue ejecutada por García Albea, Sánchez Bernardos y del Viso. Existen también dos estudios normativos realizados en Colombia, por Rosselli y Ardila en 1990 y 2000. En Perú la estandarización fue desarrollada por Rado el año 2006.

El Test de Boston está conformado por las siguientes áreas: Comprensión auditiva, expresión oral, comprensión del lenguaje escrito y escritura. Para fines de la presente investigación se describirá el subtest de escritura que examina la mecánica de los movimientos de la escritura, el recuerdo de los símbolos escritos

para efectuarlos a través de diversos modos de estimulación y la formulación de material conexo en narración libre y a partir del dictado.

Para los fines de este estudio las tareas de la subprueba de escritura que se consideraron fueron:

a) Mecánica de la escritura: Se basa en una revisión de toda la producción escrita del paciente, que incluye escribir el nombre, firma y el domicilio, así como transcripción de una oración.

Puntuación: El rendimiento se puntúa solamente respecto al recuerdo de los movimientos de la formación de letras, en base a la siguiente escala de puntos:

1. Ausencia de letras legibles
2. Éxito ocasional en letras aisladas (letra de imprenta)
3. letra de imprenta con algunas letras mal formadas.
4. Escritura y/o mayúsculas y minúsculas de imprenta legibles pero alteradas.
5. Escritura parecida a la que tenía el paciente antes de la enfermedad, permitiéndose el empleo de la mano no preferida.

b) Recuerdo de los símbolos escritos: Consta de dos secciones: Escritura seriada (alfabeto y números del 1 al 21) y Dictado elemental (escritura de números, letras y palabras fáciles al dictado). Esto representa el nivel más elemental en lo que a símbolos escritos se refiere, un nivel en el que no conlleva comunicación alguna del significado.

Puntuación: En la escritura seriada, se contabiliza la cantidad total de letras y números correctos diferentes que en combinación dan una puntuación máxima de 47. Mientras que en el dictado elemental, el mayor puntaje es 15 según la cantidad de elementos escritos correctamente.

c) Encontrar palabras escritas: Evalúa el vocabulario escrito que se encuentra más allá del primer nivel, con palabras de dificultad media. Se divide en dos secciones: Deletreo al dictado y denominación por confrontación escrita.

Puntuación: El deletreo al dictado sólo se puntuara el deletreo escrito, sin embargo se anotara además el éxito adicional del deletreo oral para su interpretación cualitativa. En el caso de la denominación por confrontación escrita, por cada respuesta se adjudica un punto, hasta un máximo de 10.

d) Formulación escrita: Evalúa el nivel de funcionamiento del paciente en la tarea compleja de escribir oraciones, primero en narración libre acerca de la escena del “robo de galletas” y luego en respuesta al dictado.

Puntuación: no existe penalización por los errores de deletreo o gramaticales:

0. Ausencia de palabras relevantes
1. Cantidad limitada (1-4) de palabras relevantes.
2. Una o más frases.
3. Ideas conexas.
4. Relato organizado.
5. Normal.

e) Oraciones al dictado: Consta de tres oraciones referidas a la lámina del “Robo de las galletas” y están graduadas en cuanto a longitud y complejidad gramatical.

Puntuación: Cada oración es puntuada de 0 a 4, la puntuación total será 12.

Cabe resaltar que la prueba cumple con una serie de requisitos, como : 1) amplio rango de dificultad, 2) extensión adecuada de los subtest como requisito de fiabilidad y mayor capacidad de discriminación del cambio y 3) estandarización, que proporciona un punto de referencia externo de los grados de severidad.

En la tabla 2 se puede observar que los subtest de escritura alcanza un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,99 lo cual permite indicar que el subtest de escritura estandarizado en Perú es altamente confiable.

Tabla 2: Validez y confiabilidad del subtest de escritura estandarizado en Perú

SUBTEST DE ESCRITURA		
	Confiabilidad Alfa de Cronbach	Validez V. Aiken
Escritura seriada	0,99	1
Dictado elemental	0,99	1
Denominación por confrontación escrita	0,99	1
Oraciones escritas al dictado	0,99	1
Escritura narrativa	0,99	1

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

En la presente investigación utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20 que permitió emplear la *t* de Student para comparar el desempeño de ambos grupos de la muestra. Asimismo, se obtuvo la media y la desviación estándar.



CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados del trabajo de investigación.

4.1. Presentación de resultados

La investigación cuenta con 12 sujetos, de los cuales seis fueron diagnosticados con afasia fluente y los otros seis con afasia no fluente. Conformándose de esta manera dos grupos de pacientes. Las características de cada grupo son las siguientes:

Tabla 3
Datos pacientes afásicos fluentes

N° de caso	Edad	Sexo	Grado instrucción	Tipo de afasia	Lateralidad previa	Mano empleada durante la evaluación
Caso 1	57	M	Secundaria	Afasia anómica	Derecha	Izquierda
Caso 2	58	M	Técnico superior	Afasia anómica	Derecha	Derecha
Caso 3	85	F	Primaria	Afasia transcortical sensorial	Derecha	Derecha
Caso 4	61	F	Superior universitaria	Afasia de Wernicke	Derecha	Derecha
Caso 5	70	M	Secundaria incompleta	Afasia anómica	Derecha	Derecha
Caso 6	62	F	Secundaria	Afasia transcortical sensorial	Derecha	Derecha

Tabla 4
Datos pacientes afásicos no fluentes

N° de caso	Edad	Sexo	Grado instrucción	Tipo de afasia	Lateralidad previa	Mano empleada durante la evaluación
Caso 7	62	M	Superior universitaria	Afasia transcortical motora	Derecha	Derecha
Caso 8	51	M	Superior universitaria	Afasia de Broca	Derecha	Izquierda
Caso 9	62	M	Superior universitaria	Afasia de broca	Derecha	Izquierda
Caso 10	62	M	Superior incompleto	Afasia global	Derecha	Izquierda
Caso 11	63	M	Secundaria	Afasia de Broca	Derecha	Derecha
Caso 12	61	F	Superior universitaria	Afasia transcortical motora	Derecha	Derecha /izquierda

La edad promedio de la muestra es de 62 años. Siendo el promedio de edad en el grupo de afásicos fluentes de 65.5 años mientras que en el grupo de afásicos no fluentes es de 60.1 años.

En cuanto a sexo, la muestra está conformada por 66.67% casos de sexo masculino correspondiendo a ocho casos y el 33,33% es femenino. El grupo de afásicos fluentes está integrado por tres casos de sexo masculino y tres de sexo femenino, mientras que el grupo de afásicos no fluentes está conformado por cinco casos de sexo masculino y uno femenino.

Cabe indicar que la etiología de enfermedad en los 12 casos fue accidente cerebro vascular.

En cuanto al tipo de afasia se tiene en el grupo de afásicos fluentes tres casos con afasia anómica, dos casos con afasia transcortical sensorial y un caso con afasia de Wernicke. Del mismo modo el grupo de afásicos no fluentes lo conforman tres casos con Afasia de Broca, dos casos con Afasia transcortical motora y un caso con Afasia global.

Asimismo en los 12 casos predomina la lateralidad diestra previa a la lesión, sin embargo por dificultades motoras cinco pacientes ejecutaron la prueba con la mano izquierda, siendo en su mayoría afásicos no fluentes con cuatro casos.

4.2. Análisis de datos

Los resultados de la subprueba de escritura del Test de Boston arrojan los siguientes resultados:

Características de la escritura en Afásicos fluentes y no fluentes:

Tabla 5
Logros en mecánica de escritura en afásicos fluentes

Performance	Frecuencia	Porcentaje
Logro	4	66,7
no logro	2	33,3
Total	6	100,0

Los resultados de la tabla 5 indican que cuatro de los pacientes afásicos fluentes lograron escribir su nombre, lo que corresponde al 66,7% mientras que dos sujetos no tuvieron éxito, representando el 33.3%, lo que indica que hay predominio por un mayor performance.

Tabla 6:
Logros en Mecánica de escritura – Escritura automática en afásicos no fluentes

Performance	Frecuencia	Porcentaje
Logro	3	50,0
no logro	3	50,0
Total	6	100,0

Los resultados de la tabla 6 indican que tres de los pacientes afásicos no fluentes lograron escribir su nombre, lo que corresponde al 50% mientras que la otra mitad no logro realizar con éxito la tarea.

Tabla 7

Logros en mecánica de escritura – Transcripción en afásicos fluentes

Performance	Frecuencia	Porcentaje
logro	4	66,7
no logro	2	33,3
Total	6	100,0

Los resultados de la tabla 7 indican que cuatro de los pacientes afásicos fluentes lograron realizar la tarea de transcripción, lo que corresponde al 66,7% mientras que dos sujetos no tuvieron éxito, representando el 33,3%.

Tabla 8

Logros en mecánica de escritura – Transcripción en afásicos no fluentes

Performance	Frecuencia	Porcentaje
logro	4	66,7
no logro	2	33,3
Total	6	100,0

Los resultados de la tabla 8 indican que cuatro de los pacientes afásicos no fluentes lograron ejecutar la tarea de transcripción, lo que corresponde al 66,7% mientras que el 33,3% que equivale a dos sujetos no lograron la ejecución.

Tabla 9

Comparación de la mecánica de escritura general entre fluentes y no fluentes

Grupo	Media	Desviación estándar	t	Sig
Fluentes	3.3	0.81	0.31	0.75
No fluentes	3.1	0.98		

Los resultados de la tabla 9 demuestran que a nivel de mecánica de escritura, hay un mayor promedio en el grupo de los fluentes, pero no existen diferencias estadísticamente significativas ($t = .31$, $P = .75$)

Tabla 10
Comparación de la escritura seriada entre afásicos fluentes y no fluentes

Escritura seriada	Grupo afásicos	Media	Desviación estándar	t	Sig
Alfabeto	Fluentes	9,8333	6,11283	.62	.54
	No fluentes	7,3333	7,63326		
Número	Fluentes	11,6667	8,95917	-.12	.90
	No fluentes	12,3333	10,11270		

Los resultados de la tabla 10 demuestran que a nivel de escritura seriada en la tarea de alfabeto, hay un mayor promedio en el grupo de afásicos fluentes, pero no existen diferencias estadísticamente significativas ($t = .62$, $P = .54$). Asimismo se observa que en la tarea de números, el grupo de afásicos no fluentes obtiene un mayor promedio, sin embargo no existen diferencias estadísticamente significativas ($t = -.12$, $P = .90$)

Tabla 11
Comparación de la escritura seriada general entre afásicos fluentes y no fluentes

Grupo afásicos	Media	Desviación estándar	t	Sig
Fluentes	21,5000	13,23254	.21	.83
No fluentes	19,6667	16,69331		

Los resultados de la tabla 11 indican que la ejecución de escritura seriada general, hay un mayor promedio en el grupo de afásicos fluentes, sin embargo no existen diferencias estadísticas significativas. ($t = .21$, $P = .83$)

Tabla 12

Comparación del dictado elemental entre afásicos fluentes y no fluentes

Dictado elemental	Grupo afásicos	Media	Desviación estándar	t	Sig
Letras	Fluentes	2,0000	1,89737	-,976	,352
	No fluentes	3,1667	2,22860		
Número	Fluentes	2,1667	2,48328	,121	,906
	No fluentes	2,0000	2,28035		
Palabras	Fluentes	2,1667	1,83485	,146	,886
	No fluentes	2,0000	2,09762		

Los resultados de la tabla 12 demuestran que a nivel de dictado elemental en la tarea de letras, hay un mayor promedio en el grupo de los no fluentes, pero no existen diferencias estadísticamente significativas ($t = -.976$, $P = .352$), mientras que en la tarea de números el grupo de fluentes obtuvo un mayor promedio, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa ($t = .121$, $P = .906$). Por último en la tarea de palabras el grupo de fluentes logró un mayor promedio pero no existen diferencias estadísticamente significativas ($t = .146$, $P = .886$).

Tabla 13

Comparación del dictado elemental general entre afásicos fluentes y no fluentes

Grupo afásicos	Media	Desviación estándar	t	Sig
Fluentes	6,3333	6,02218	-,091	,930
No fluentes	6,6667	6,71317		

Los resultados de la tabla 13 demuestran que a nivel de dictado elemental, hay un mayor promedio en el grupo de los no fluentes, pero no existen diferencias estadísticamente significativas ($t = -.091$, $P = .930$).

Tabla 14

Comparación de la denominación por confrontación escrita entre afásicos fluentes y no fluentes

Grupo afásicos	N	Media	t	Sig
Fluentes	6	3,6667	1,148	,278
No fluentes	6	1,5000		

Los resultados de la tabla 14 demuestran que a nivel de la tarea de denominación escrita, hay un mayor promedio en el grupo de los fluentes, pero no existen diferencias estadísticamente significativas ($t = -.091$, $P = .930$)

Tabla 15

Comparación de la escritura narrativa entre afásicos fluentes y no fluentes

	Grupo afásicos	N	Media	t
Escritura Narrativa	Fluentes	6	1,6667	1,907
	No fluentes	6	,3333	

Los resultados de la tabla 15 indican que en la ejecución escritura seriada, hay un mayor promedio en el grupo de afásicos fluentes, sin embargo no existen diferencias estadísticas significativas. ($t = 1.907$, $P = .0.86$)

Tabla 16

Comparación oraciones escritas al dictado entre afásicos fluentes y no fluentes

Grupo afásicos	N	Media	t	Sig
Fluentes	6	2,5000	1,452	,177
No fluentes	6	,3333		

Los resultados de la tabla 16 indican que en la ejecución de oraciones escritas al dictado, hay un mayor promedio en el grupo de afásicos fluentes, sin embargo no existen diferencias estadísticas significativas. ($t= 1.452$, $P= .177$)

El resultado del análisis cualitativo según el tipo de afasia es el siguiente:

Tabla 17

Logros en escritura automática de acuerdo al tipo de afasia

Grupo	Tipo de afasia	Si	No
Fluentes	Afasia anómica	3	
	Afasia transcortical sensorial	1	1
	Afasia de Wernicke		1
No fluentes	Afasia de Broca	1	2
	Afasia transcortical motora	2	
	Afasia global		1
Total		7	5

En la tabla 17 se observa que el logro de la tarea de escritura automática según el tipo de afasia es: En el grupo de afásicos fluentes, tres casos con afasia anómica y uno con afasia transcortical sensorial lograron ejecutar la tarea mientras que un caso con afasia transcortical sensorial y uno con afasia de Wernicke no tuvieron éxito. Asimismo en el grupo de afásicos no fluentes un caso con afasia de Broca y dos con afasia transcortical motora realizaron la tarea, por el contrario dos casos con afasia de Broca y uno con afasia global no ejecutaron la tarea.

Tabla 18
Logros en transcripción de acuerdo al tipo de afasia

Grupo	Tipo de afasia	Si	No
Fluentes	Afasia anómica	3	
	Afasia transcortical sensorial	1	1
	Afasia de Wernicke		1
No fluentes	Afasia de Broca	2	1
	Afasia transcortical motora	2	
	Afasia global		1
Total		8	4

En la tabla 18 se observa que los logros en la tarea de transcripción según el tipo de afasia es: En el grupo de afásicos fluentes, tres casos con afasia anómica y un caso con afasia transcortical sensorial lograron ejecutar la tarea. Mientras que un caso con afasia transcortical sensorial y uno con afasia de Wernicke no tuvieron éxito. Del mismo modo en el grupo de afásicos no fluentes dos casos con afasia de Broca y dos casos con afasia transcortical motora lograron realizar la tarea mientras que un caso con afasia de Broca y uno con afasia global no ejecutaron la consigna.

Tabla 19
Escritura seriada de acuerdo al tipo de afasia

Grupo	Caso	Tipo de afasia	Alfabeto	Números	Total
Fluentes	C1	Afasia anómica	17	21	38
	C2	Afasia anómica	17	16	33
	C5	Afasia anómica	7	21	28
	C3	Afasia transcortical sensorial	2	4	6
	C6	Afasia transcortical sensorial	6	8	14
	C4	Afasia de Wernicke	4	0	4
	No fluentes	C8	Afasia de Broca	17	21
C9		Afasia de Broca	4	10	14
C11		Afasia de Broca	2	0	2
C7		Afasia transcortical motora	4	21	25
C12		Afasia transcortical motora	17	21	38
C10		Afasia global	0	1	1

En la tabla 19 se muestran los resultados obtenidos en escritura seriada según el tipo de afasia, observándose que los puntajes más altos obtenidos tanto en la tarea de alfabeto y números corresponden a dos casos con afasia anómica, un caso con afasia de Broca y uno con afasia transcortical motora. Mientras que el puntaje más bajo lo obtuvo un caso con afasia global, uno con afasia de Broca y uno con afasia de Wernicke.

Tabla 20
Dictado elemental de acuerdo al tipo de afasia

Grupo	Caso	Tipo de afasia	Letras	Números	Palabras	Total
Fluentes	C1	Afasia anómica	3	5	4	12
	C2	Afasia anómica	4	3	3	10
	C5	Afasia anómica	4	5	4	13
	C3	Afasia transcortical sensorial	0	0	0	0
	C6	Afasia transcortical sensorial	1	0	2	3
	C4	Afasia de Wernicke	0	0	0	0
	No fluentes	C8	Afasia de Broca	5	4	4
C9		Afasia de Broca	0	0	1	1
C11		Afasia de Broca	3	0	0	3
C7		Afasia transcortical motora	5	5	5	15
C12		Afasia transcortical motora	5	3	4	12
C10		Afasia global	1	0	0	1

En la tabla 20 se muestran los resultados obtenidos en dictado elemental según el tipo de afasia, observándose que el puntaje más alto obtiene tanto en la tarea de letras, números y palabras, corresponden a un caso con afasia transcortical motora, seguidos de un caso con afasia anómica y uno de Broca. Mientras que el

puntaje más bajo se encontró en la afasia de Wernicke, afasia global, uno con afasia transcortical sensorial y uno con afasia de Broca.

Tabla 21

Denominación por confrontación escrita de acuerdo al tipo de afasia

Grupo	Caso	Tipo de afasia	Total
Fluentes	C1	Afasia anómica	6
	C2	Afasia anómica	7
	C5	Afasia anómica	9
	C3	Afasia transcortical sensorial	0
	C6	Afasia transcortical sensorial	0
	C4	Afasia de Wernicke	0
No fluentes	C8	Afasia de Broca	3
	C9	Afasia de Broca	0
	C11	Afasia de Broca	0
	C7	Afasia transcortical motora	5
	C12	Afasia transcortical motora	1
	C10	Afasia global	0

En la tabla 21 se muestran los resultados obtenidos en denominación por confrontación escrita según el tipo de afasia, donde los puntajes más altos corresponden a los tres casos de afasia anómica y a uno de afasia transcortical motora.

4.3. Discusión de resultados:

El análisis cuantitativo no demostró diferencias estadísticamente significativas en las características de la escritura entre pacientes afásicos fluentes y no fluentes, tanto en mecánica de escritura, recuerdo de símbolos escritos, denominación por confrontación escrita y formulación escrita. Resultados que coinciden con los estudios realizados por Ardila (1994) quien indica que no se observaron

diferencias estadísticas entre las medias de los grupos fluente y no fluente en la ejecución de las tareas de escritura de letras, sílabas, palabras y oraciones. Debido a que ambos grupos de afásicos evidencian alteraciones en la escritura, por ello indica que los afásicos fluentes presentan alteraciones relacionadas con los aspectos simbólicos de la escritura, mientras que los afásicos no fluentes se asocian con alteraciones de los aspectos motores de las mismas.

Lo cual queda demostrado en la presente investigación al observarse que por dificultades motoras, cuatro de los pacientes afásicos no fluentes emplearon la mano no dominante para ejecutar la prueba, mientras que en el grupo de afásicos fluentes solo un caso empleó la mano izquierda. Información relevante según Ardila (2007) ya que cuando se emplea la mano dominante previa a la lesión, la escritura es mejor comparada con la ejecución de la mano no dominante ya que estos últimos no solo presentan dificultades en la escritura propias de la afasia sino también por la torpeza para escribir con la mano no dominante. Lo cual queda demostrado en el estudio por un paciente no fluente (caso 12) que emplea inicialmente la mano dominante, escribiendo su nombre, apellidos y dirección con letra corrida, sin embargo al presentar dificultades para sostener el lápiz decidió continuar la evaluación con la mano no dominante, cambiando también el tipo de escritura a letra imprenta.

En cuanto al análisis cualitativo se evidenció que el grupo de afásicos fluentes obtuvo mejor desempeño en las tareas de escritura, observándose mayor diferencia con respecto a las tareas de formulación escrita como son: escritura narrativa y oraciones escritas al dictado. Información que coincide con lo señalado por Cuetos (2008), quién indica que los sujetos que presentan afasia no fluente se

caracterizan por alteraciones en la escritura muy semejantes a las que se observa en su lenguaje oral: producción torpe, con esfuerzo, omisiones de letras y agramatismos.

El análisis cualitativo de la ejecución de la escritura en el grupo de afásicos fluentes, demuestra que cuatro de los casos logran ejecutar las tareas de mecánica de escritura así como recuerdo de símbolos escritos que implica: escritura seriada y dictado elemental, lo cual indica la retención de los componentes motores altamente automatizados del proceso de la escritura. Del mismo modo se evidenció en la ejecución del dictado que al emplearse palabras cortas y significativas éstas son más fáciles de recordar ya que la conservación de las imágenes visuales de las palabras pueden ayudar al paciente a escribirlas. Asimismo, Ardila (1994) señala que el grupo fluente cometió menor cantidad de errores en las pruebas de escritura de letras y palabras comparados con los no fluentes.

Por otra parte, el resultado obtenido en la tarea de denominación por confrontación escrita, demostró que el grupo de pacientes afásicos fluentes, posee mayor retención de los esquemas internos y auditivos de las palabra. En lo que respecta a la formulación escrita, el grupo de afásicos fluentes logran realizar oraciones sintácticamente correctas, empleando artículos, verbos, palabras funcionales, presentando paragrafías. Lo cual coincide con Cuetos (2008) quien indica que los afásicos fluentes muestran mejor desempeño, pues la escritura de los rasgos propios de las letras se encuentra bien conservada, pero los errores en la combinación de letras dentro de las palabras (paragrafías) vuelve a veces incomprensible su escritura. Asimismo coincide con los hallazgos de Ardila

(1994) quien indica que los afásicos fluentes presentan menor cantidad de errores en la escritura de frases.

El análisis cualitativo en el grupo de los pacientes afásicos no fluentes muestra que tres pacientes logran realizar las tareas de mecánica de escritura, lo cual indica la retención de los componentes motores altamente automatizados del proceso de la escritura. Asimismo ejecutan la tarea de recuerdo de símbolos escritos, como son: escritura seriada y dictado elemental. Sin embargo su desempeño en la tarea de denominación por confrontación escrita y escritura narrativa es considerablemente menor a comparación del grupo de afásicos fluentes, observándose en ésta última tarea el empleo de escasas palabras aisladas para describir la lámina. Coincidiendo con las alteraciones que presentan estos pacientes en el componente sintáctico de su lenguaje oral como demuestra Cabrejos (2012) al observar la presencia de agramatismo y lenguaje telegráfico tanto en frases como en oraciones de un grupo de pacientes afásicos no fluentes.

Del mismo modo el desempeño en escritura de oraciones al dictado es menor en el grupo de afásicos no fluente, lo cual podría estar ligado según Costello (2012) a dificultades en la memoria auditiva, siendo fundamental para la ejecución de las tareas tanto de dictado de palabras como de oraciones. Además los resultados coinciden con lo señalado por Guión (2009), quien refiere que existen mayores errores en la mitad de la palabra determinado por la longitud y frecuencia de las palabras, lo cual permitiría comprender la diferencia entre el rendimiento de las tareas dictado de palabras y dictado de oraciones.

Cabe mencionar que un paciente no fluente (caso 10) realiza trazos que no forman parte de los rasgos propios de las letras, ni en tareas de escritura automática, ni copia. Lo cual indicaría una posible disgrafía periférica por pérdida de patrones motores que controlan la formación de las letras.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. Conclusiones

- Sobre la base del análisis cuantitativo de los resultados obtenidos en el Test de Boston, las características de la escritura entre pacientes afásicos fluentes y no fluentes, no mostraron diferencias estadísticamente significativas.
- El análisis cualitativo de las diferencias en las características de la escritura, evidenció mejor ejecución en las tareas de formulación escrita en el grupo de pacientes fluentes.
- La memoria auditiva desempeña un rol importante para la tarea de escritura.

5.2. Sugerencias

- Al ser una evaluación extensa debido a las dificultades que presenta el paciente, se sugiere tener dos sesiones de evaluación.
- Para posteriores investigaciones se sugiere complementar la evaluación con las tareas de discriminación de palabras y lectura de palabras del Test de Boston.
- Incorporar en la evaluación de la escritura el uso de letras móviles para la construcción de palabras y oraciones.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardila A. (2005). *Las afasias*. México [versión pdf]. Recuperado de http://www.jmunozzy.org/files/9/Logopedia/Afasia_TCV/documentos/BV_afasias.pdf
- Ardila, A., Rosselli, M. (1994). *Alteraciones en la lectura y en la escritura en pacientes con lesiones cerebrales*. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Recuperado el 8 de Mayo del 2014, de <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/301>.
- Ardila, A., y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: El manual moderno.
- Barraquer, L. (1976). Trastornos del lenguaje escrito. En *Afasias, apraxias, agnosias* (pp. 52- 115). España: Kalimax
- Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C., y Ruano, A. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: Elsevier Masson
- Cabrejos, M., Castillon, D., Nuñez, K. (2012). *Características sintácticas en pacientes afásicos no fluentes de un centro hospitalario del Callao*. (Tesis Maestría) Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Condemarín M. (1990). *La enseñanza de la escritura. Bases teóricas y prácticas*. Madrid: Visor.

- Costello, M., Balasubramanian, V. (2012). *Copy and Recall Therapy for Dysgraphia and Memory in Aphasia*. Recuperado el 19 de Agosto de 2013, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042812048720>
- Cuetos, F. (1998). *Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva*. Madrid: Panamericana.
- Cuetos, F. (2010) *Psicología de la escritura: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de escritura*. Madrid: Wolters Kluwer
- Cuetos, F. (2012). *Neurociencias del lenguaje*. Madrid: Panamericana.
- Cuetos, F., Fernández, M. (2001). *Las disociaciones en los pacientes afásicos como metodología de investigación de los procesos cognitivos. Un estudio sobre lectura y escritura*. Revista Electrónica de Metodología Aplicada. Recuperado el 28 de Abril de 2014, de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/Rema/article/view/9752/9497>.
- Cuetos, F., Gonzáles, N. (2009). *Batería para la evaluación de los trastornos afásicos*. Madrid: Eos
- Defior, S. (2000). *Las dificultades del aprendizaje. Enfoque cognitivo*. Málaga: Aljibe.
- García, J., Madrazo, M., Viñals, F. (2002). *Alteraciones del procesamiento de la escritura: La disgrafía superficial*. Revista Española de

Neuropsicología. Recuperado el 5 de Julio del 2013, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1007109>

Goodglass, H., Kaplan, E. (1974). *Evaluación de la afasia y de trastornos similares*. Argentina: Panamericana.

Guion, A., Friedmann, N. (2009). *Letter position dysgraphia*. Revista Cortex. Recuperado el 19 de Agosto de 2013, de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=584666533&_sort=r&_st=13&view=c&md5=dcc4be08102ed696b6b105ad22555cad&searchtype=a

Helm – Estabrooks, N. y Albert, M. (1994). *Manual de terapia de la afasia*. Madrid: Médica Panamericana.

Junqué, C., Bruna, O., y Mataró, M. (2004). *Neuropsicología del lenguaje. Funcionamiento normal y patológico rehabilitación*. Barcelona, España: Masson.

Manning, L. (1992). *Introducción a la neuropsicología clásica y cognitiva del lenguaje. Teoría, evaluación y rehabilitación de la afasia*. Madrid: Trotta.

Ministerio de Salud - Dirección General de Epidemiología. *Análisis de la situación de Salud del Perú 2010*. Recuperado 8 de Marzo del 2014, de http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf

- Ministerio de Salud - Dirección General de Epidemiología. *Análisis de la situación de Salud de la Provincia Lima 2011*. Recuperado el de 8 Marzo del 2014, de http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis29.pdf
- Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. *Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú 2008*. Recuperado el 10 de Marzo, de http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/ult_inv_evi_cie2010/La%20carga%20de%20la%20Emfermedad.pdf
- Ortiz, T. (1995). *Neuropsicología del lenguaje*. Madrid: General Pardiñas.
- Ostrosky, F., Ardila, A. (1998). *Lenguaje oral y escrito*. México: Trillas.
- Peña, J., Perez, M. (1995). *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*. Barcelona: Masson.
- Portellano, J. (1993). *La disgrafía. Concepto, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de escritura*. Madrid: CEPE
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Rado, J. (2006). *Adaptación del Test de Boston a la población afásica que acude al INR*. (Tesis Maestría) Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Sánchez, A. (2006). *Estudio de la agrafia. Clasificación de las alteraciones de la escritura y su rehabilitación*. Revista Anales de Otorrinolaringología Mexicana. Recuperado el 28 de marzo del 2014, de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi.pdf>

Sinacay, E. (2013). *Descripción de marcadores del discurso de hablantes con afasia fluente: Anómica, de conducción y Wernicke*. (Tesis Maestría) Pontificia Universidad Católica del Perú.

Solovieva, Y., Chávez, M., Planell, G., Quintanar, L. (2002). *Alteraciones de la actividad intelectual en pacientes con afasia motora aferente*. Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje y Neuropsychologia Latina. Recuperado el 25 de Abril de 2014, de <http://www.neuropsicologia.buap.mx:81/anterior/IntAferen.pdf>

Viñals, F., Vega, O., Alvarez, M. (2003). *Aproximación neurocognitiva de las alteraciones de la lecto-escritura como bases de los programas de recuperación en pacientes con daño cerebral*. Revista Española de Neuropsicología. Recuperado el 5 de Julio del 2013, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1128673>.



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Alteraciones del lenguaje escrito en pacientes afásicos atendidos en una Institución Pública Sanitaria de Lima

La presente investigación es conducida por Yessica Patricia Luna Linares, de la Pontificia Universidad Católica del Perú, con número telefónico 984430449. La meta de este estudio es describir las alteraciones del lenguaje escrito que presentan los pacientes afásicos, así como conocer si hay diferencias en las alteraciones del lenguaje escrito en afásicos fluentes y no fluentes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, completar una encuesta y ejecutar una subprueba de escritura. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará y/o filmará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario, prueba y a la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Yessica Patricia Luna Linares. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es describir las alteraciones del lenguaje escrito que presentan los pacientes afásicos, así como conocer si hay diferencias en las alteraciones del lenguaje escrito en afásicos fluentes y no fluentes.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, pruebas y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio

alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Yessica Patricia Luna Linares al teléfono 984430449.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Yessica Patricia Luna Linares al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Nombre del apoderado o representante	Firma del apoderado o representante	Fecha
---	--	-------



ANEXO 2

TEST DE BOSTON PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA AFASIA

SUBPRUEBA DE ESCRITURA

DATOS GENERALES:

Caso N°: _____ Fecha: _____

Nombres y apellidos del paciente:

Dirección: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nivel de estudios: _____ Ocupación: _____

Idiomas: Sólo español () Bilingüe () _____

Mano dominante: _____

Etiología de enfermedad: _____

Duración de la enfermedad: _____

Localización de la lesión: _____

Hemiplejia: Derecha () Izquierda () Recuperada () Ausente ()

Recibió terapia de lenguaje: _____ Tiempo de terapia: _____

1. MÉCANICA DE ESCRITURA/ Hoja de respuestas



EL CHIQUILLO TOCABA EL SAXOFÓN Y LA
ORQUESTA LE ACOMPAÑABA

2. RECUERDO DE SÍMBOLOS ESCRITOS / Hoja de respuestas

a. ESCRITURA SERIADA

Número de letras correctas: _____

Número de números correctos: _____

P.D.

b. DICTADO ELEMENTAL

Letras aisladas: D J L V Z _____

Números: 7 15 42 193 1865 _____

Palabras elementales: ir sol venir niño casa _____

P.D.

3. DENOMINACIÓN POR CONFRONTACIÓN ESCRITA

Llave Quince Bebiendo

Silla Siete Fumando

Círculo Marrón

Cuadrado Rojo

P.D.

4. DENOMINACIÓN POR CONFRONTACIÓN ESCRITA/ Hoja de respuestas

a. ESCRITURA NARRATIVA

P.D.

b. ORACIONES ESCRITAS AL DICTADO

- La madre no los ve. _____
- El niño está agarrando las galletas. _____
- Si no tiene cuidado, se caerá de la banca. _____

P.D.

ANEXO 3

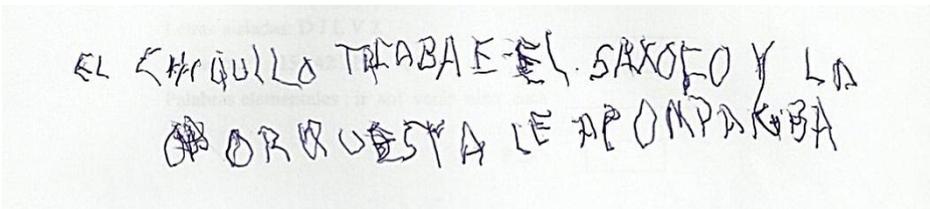
DESCRIPCIÓN DE CASOS

a. PACIENTES CON AFIASIA FLUENTE:

CASO 1: Paciente G.M.E, de sexo masculino de 57 años, nacido en Lima. Con grado de instrucción secundaria, su ocupación fue la venta de autos, además refiere que escribía con frecuencia pues trabajaba con abogados, actualmente es pensionista. Con previa lateralidad manual diestra y de idioma el español. Inició enfermedad en mayo 2013, por accidente cerebro vascular, provocando hemorragia cerebral en el hemisferio izquierdo, con diagnóstico actual de afasia anómica, con secuela de hemiplejía derecha. Paciente puede caminar sin embargo el miembro superior se encuentra más afectado, motivo por el cual durante la evaluación emplea la mano no dominante. A la fecha recibió dos sesiones de Terapia de Lenguaje.

Durante la entrevista el paciente se muestra alerta, colaborador, responde a preguntas con coherencia, sigue el ritmo de conversación sin embargo evidencia marcadas parafasias durante el discurso, pudiendo corregirse en algunas oportunidades. Realiza la tarea con lentitud al presentar dificultades para sostener el lápiz.

SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 1	
1. Mecánica de escritura	<ul style="list-style-type: none"> - Escribe su nombre y apellidos correctamente con letra imprenta.. - Sustituye el nombre de la calle por otro similar, pero logra escribir el número de su casa. - Realizó la copia de una oración, con omisión de algunas letras.
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriada: Abecedario: 17/27 Números: 20/21
	Dictado elemental: Letras: 5/5 Números: 5/5 Palabras: 4/5 (nino x niño)
3. Denominación por confrontación escrita:	6/10 dificultad para escribir verbos en tiempo presente (bebiendo, fumando) omite y sustituye letras
4. Formulación escrita	Escritura narrativa: intenta escribir oraciones, se leen palabras ajustadas al contexto pero presenta paragrafías que vuelven confuso el mensaje. Oraciones escritas al dictado: Escribe algunas palabras tanto a inicio, mitad y final de la oración, acompañadas por otras paragrafías.

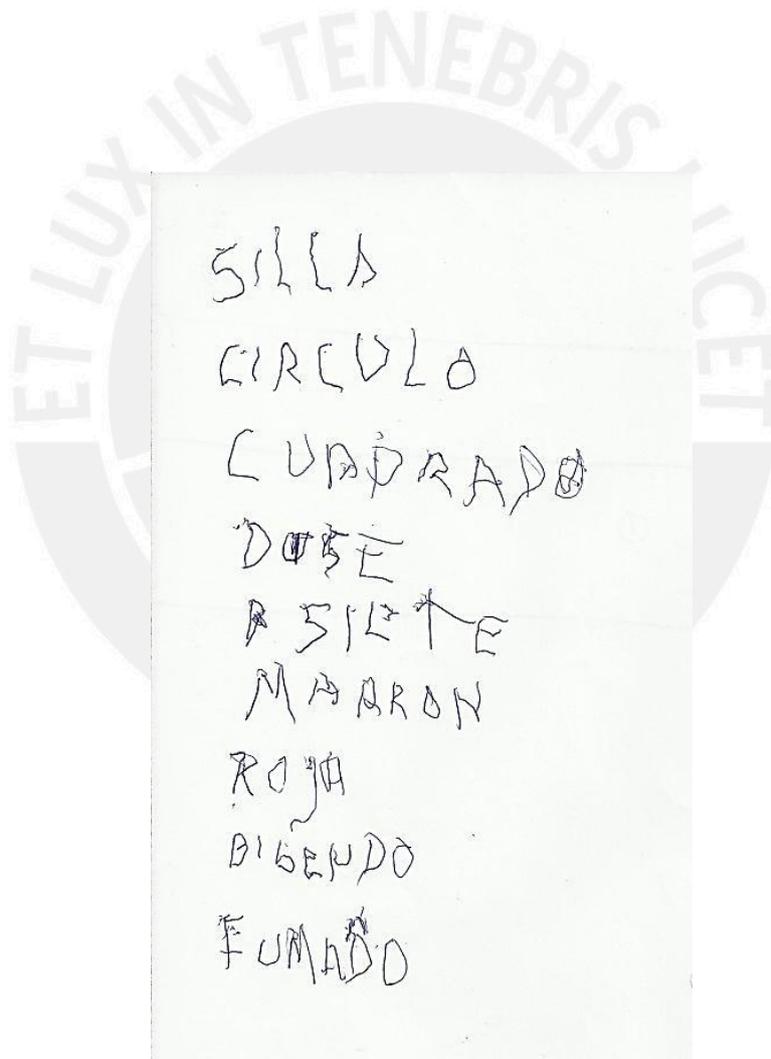


EL ENQUILLO TRABAJA EL SAKOFO Y LA
ORRUBESTA LE ACOMPANABA

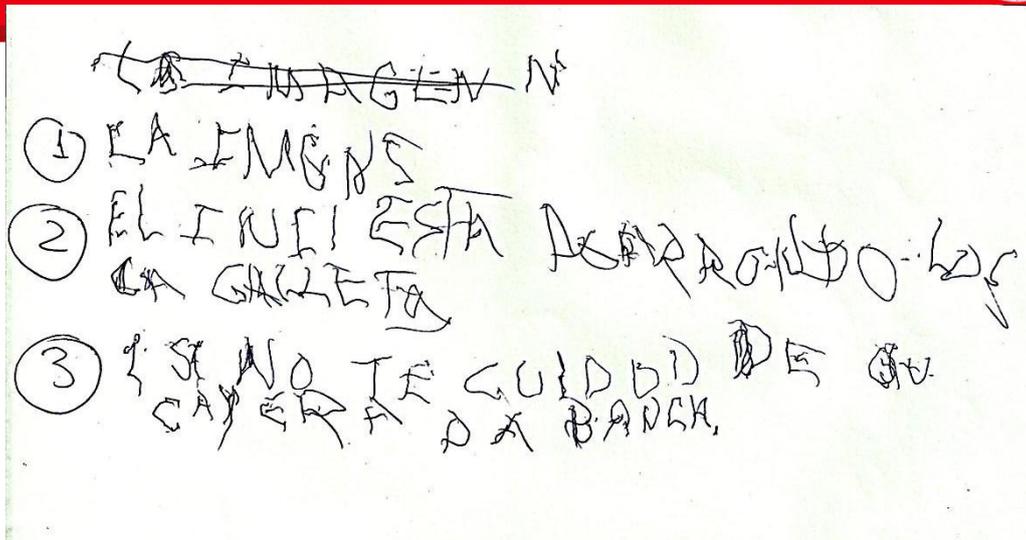
Muestra de transcripción de una oración



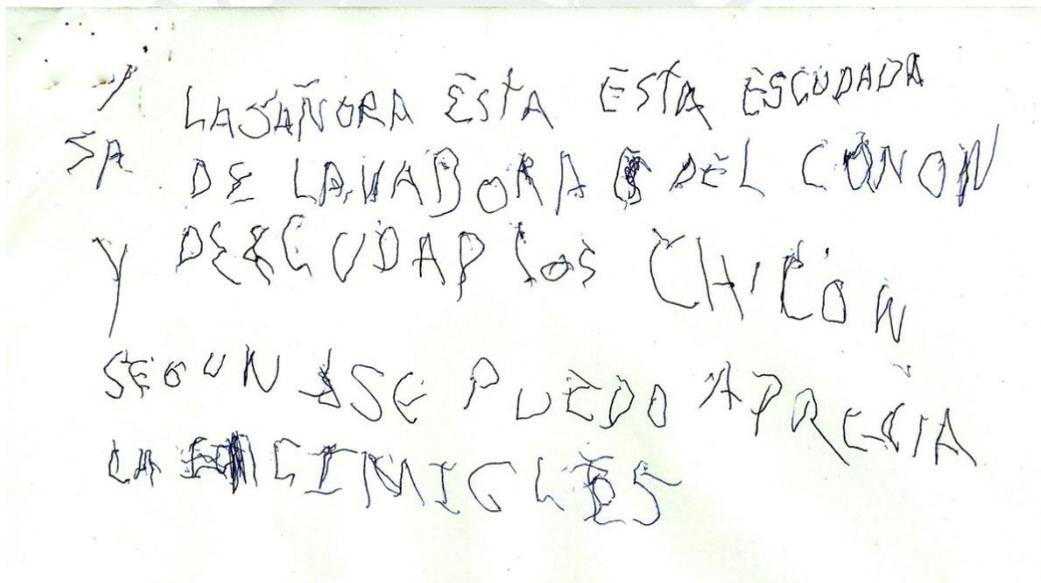
Muestra de escritura seriada - abecedario



Muestra de denominación por confrontación escrita



Muestra de oraciones escritas al dictado

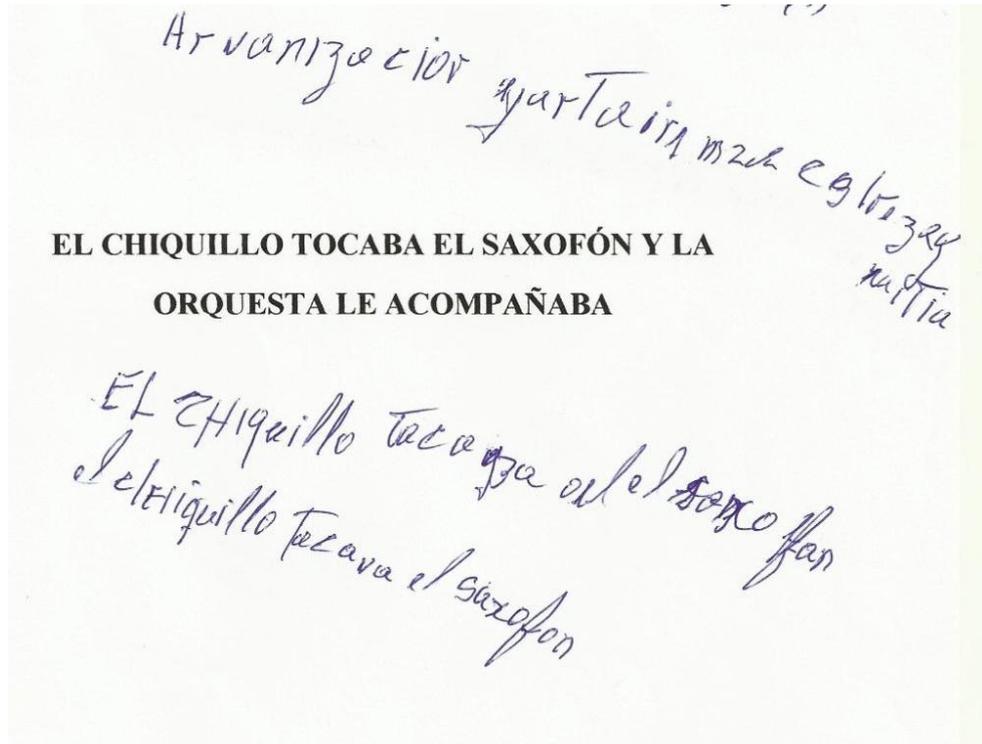


Muestra de escritura narrativa

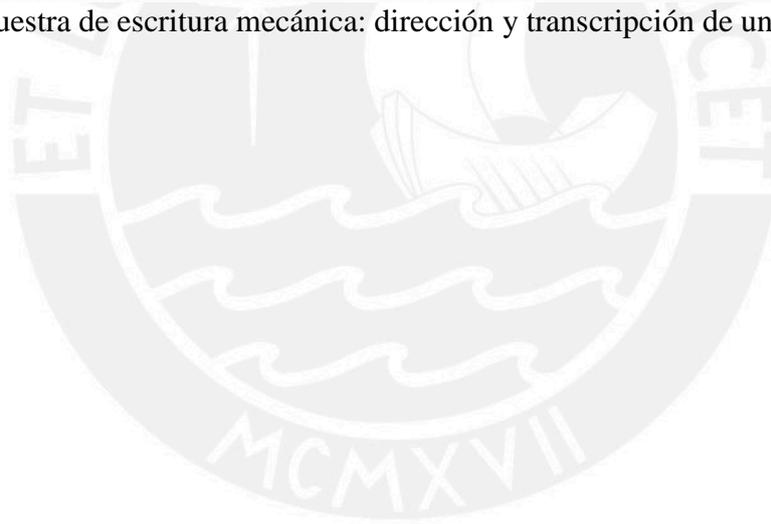
CASO 2: Paciente P.P.P., masculino de 58 años, nació en Ucayali. De profesión técnico en topografía, dedicado a la elaboración de planos en una empresa del estado. Ejerció hasta el momento de su enfermedad. Paciente de lateralidad manual diestra, de idioma español. Inició enfermedad en diciembre del 2012, por accidente cerebro vascular isquémico, con diagnóstico de afasia anómica. Miembros inferiores más afectados, se moviliza en silla de ruedas, aún no puede mantenerse en pie. Ejecuta la prueba empleando la mano dominante, evidenciando ligera dificultad. A la fecha no recibió terapia de lenguaje.

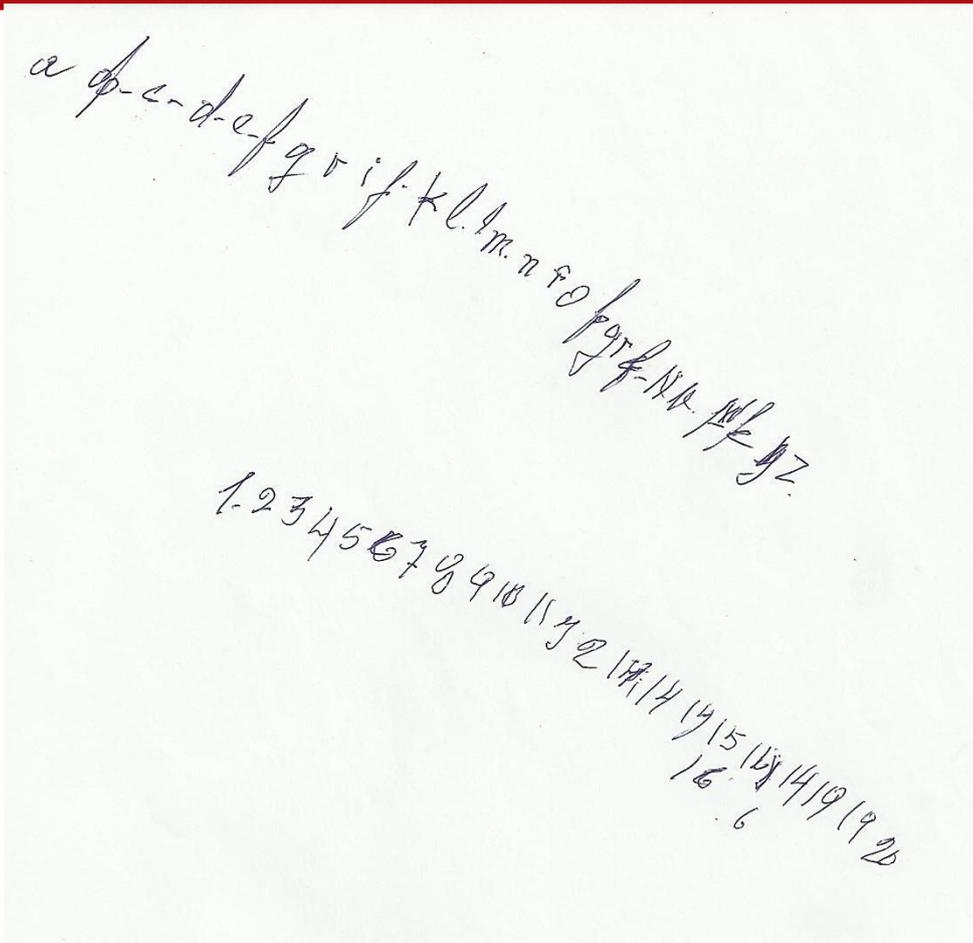
Durante la entrevista el paciente se muestra atento, colaborador, responde a preguntas planteadas aunque por momentos realiza notorias pausas. Asimismo su tono de voz fue bajo y con prosodia plana.

SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 2	
1. Mecánica de escritura	<ul style="list-style-type: none"> - Escribe su nombre y apellidos correctamente. - Escribe su dirección con errores (sustitución, omisión de grafías) - Copio la primera línea de la oración, con letra imprenta y corrida.
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriaba: Abecedario: 17/27 Números: 20/21
	Dictado elemental: Letras: 4/5 (error “J”) Números: 3/5 (error 7 y 1865) Palabras: 3/5 (“er x ir” y “genir x venir”)
3. Denominación por confrontación escrita:	7/10 se considera “ciete x siete” y “siya x silla”
4. Formulación escrita	Escritura narrativa: Escribe frases coherentes, emplea verbos en tiempo presente, artículos, preposiciones (en, la, el) -Oraciones escritas al dictado: escribió las oraciones completas, con presencia de paragrafias y adición de letras.

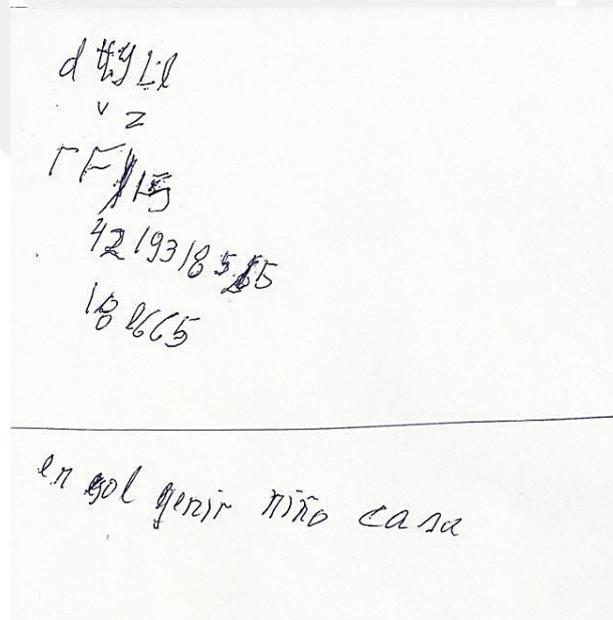


Muestra de escritura mecánica: dirección y transcripción de una oración.

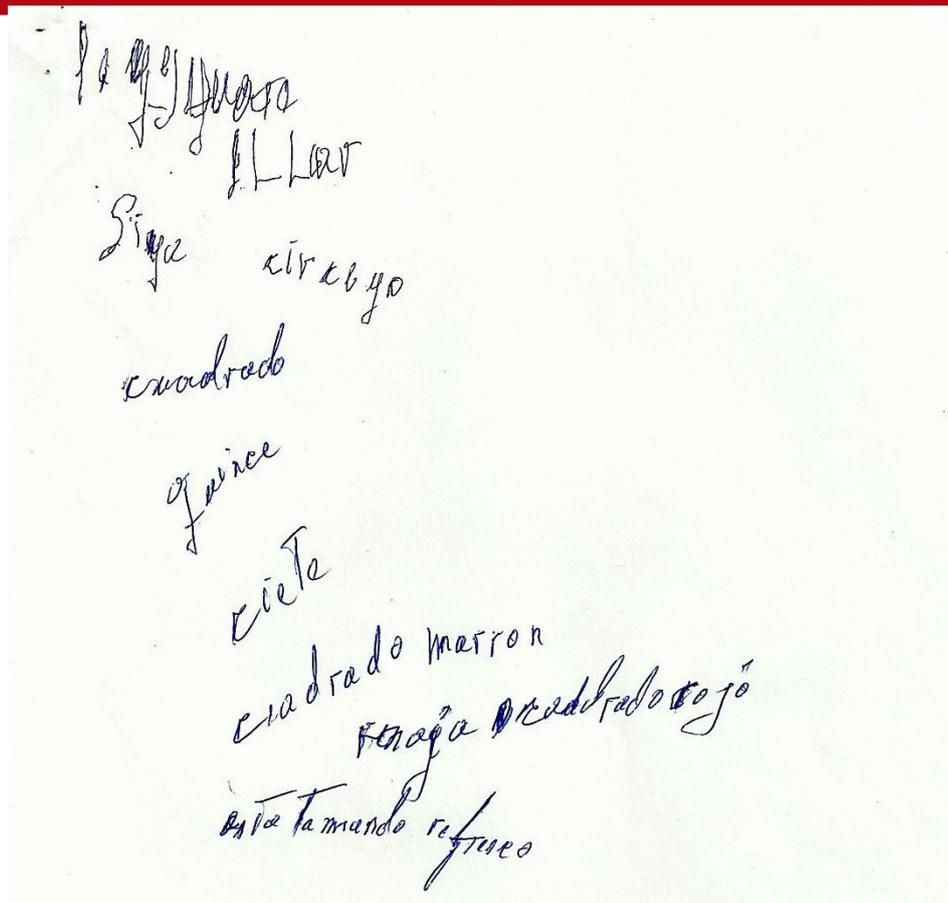




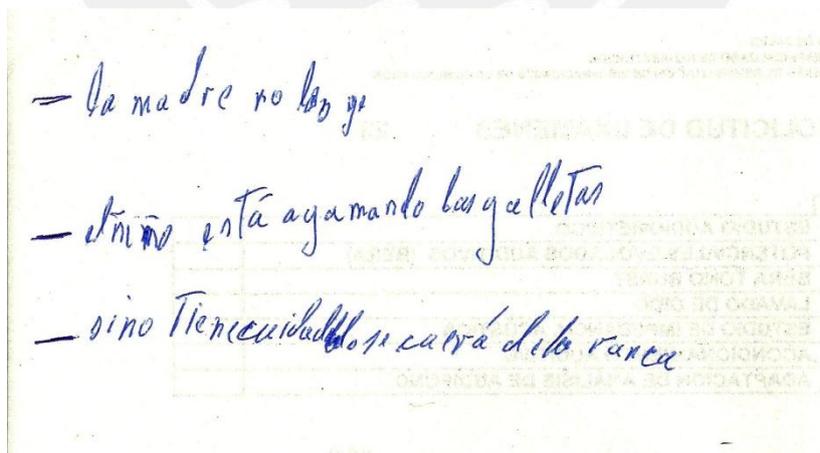
Muestra de escritura seriada – Abecedario y números



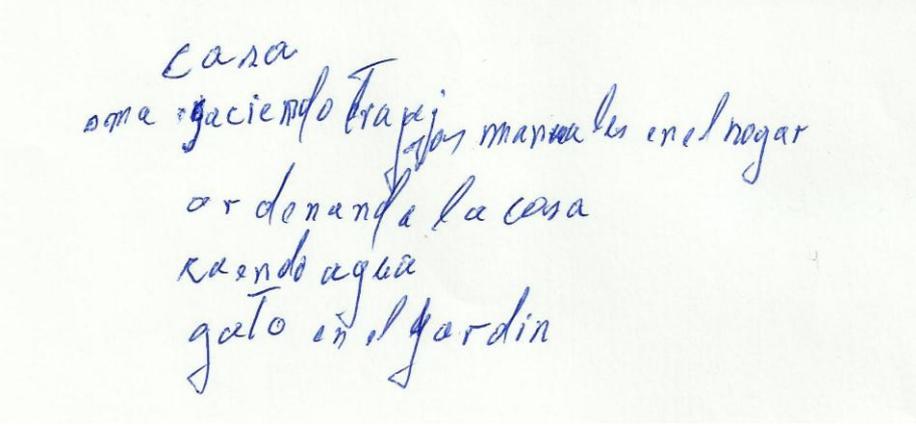
Muestra de dictado elemental



Muestra de escritura en denominación por confrontación escrita



Muestra de escritura en denominación por confrontación escrita



Casa
 ome haciendo trapaj
 las manuales en el hogar
 ordenando la casa
 caendo agua
 gato en el garden

Muestra de escritura narrativa

CASO 3: Paciente V.E.M. de sexo femenino, 85 años, nacida en Ayacucho, grado de instrucción primaria completa, de ocupación ama de casa. Paciente bilingüe, habla quechua y español, de lateralidad manual diestra. Inició enfermedad en diciembre del 2012, familiares indican lesión en lóbulo temporal izquierdo, como consecuencia de un accidente cerebro vascular, asimismo refieren que presentó microinfartos previos. Con diagnóstico actual de afasia transcortical sensorial. Se encuentra en silla de ruedas. Ejecutó la prueba con la mano dominante. Inició terapia de lenguaje hace 2 meses con la frecuencia de 2 veces por semana, sesiones de 30 minutos.

Durante la entrevista se mantuvo callada, no respondió a las preguntas planteadas, por momentos parecía no comprender las consignas. Inicialmente mostró bastante dificultad para sostener el lápiz, sin embargo logro escribir su nombre con letra corrida pese a no haberlo ejecutado en su momento. Cuando se retiró de la sesión, se despidió con marcada instigación verbal.

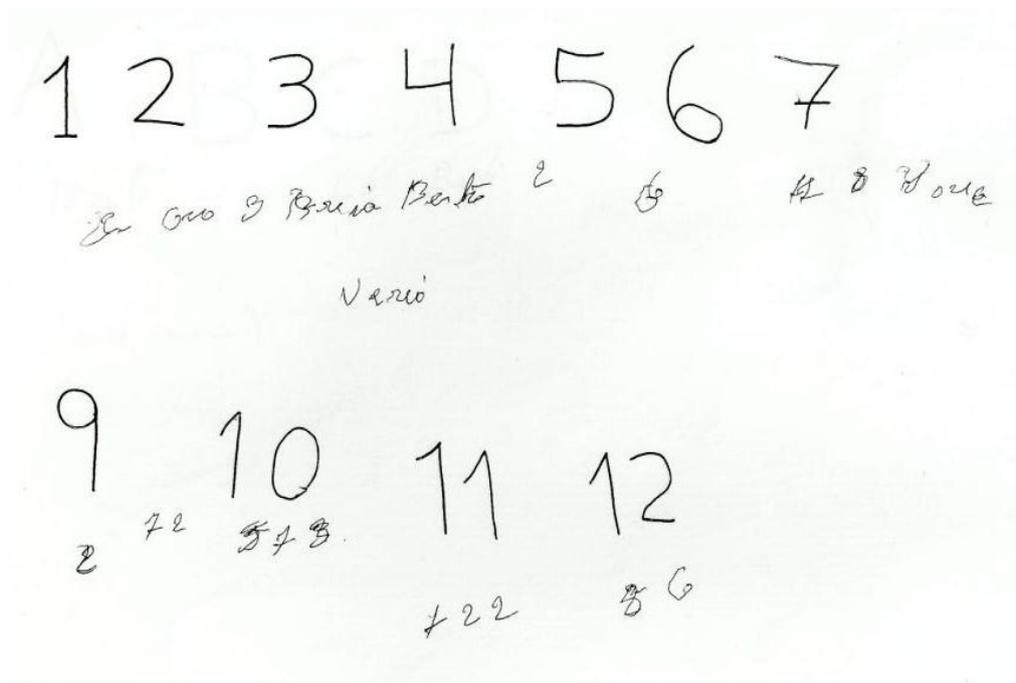
SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 3	
1. Mecánica de escritura	<ul style="list-style-type: none"> - No escribió su nombre ante la consigna, sin embargo posteriormente lo escribe. - No escribió su dirección. - No logró copiar la oración.
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriada: Abecedario: 2/27 Números: 4/21
	-No ejecutó tareas al dictado.
3. Denominación por confrontación escrita:	- No se administra la tarea
4. Formulación escrita	No se administra esta tarea debido a dificultades para comprender la consigna.
No comprende las consignas, siendo necesario emplear mensajes no verbales.	



Victoria

En casa Bolo 2020.

Muestra de escritura espontánea - nombre.



Muestra de escritura seriada - transcripción de números.

CASO 4: Paciente M.C. C. de sexo femenino, 61 años, nacida en Piura, grado de instrucción superior – pedagogía. Ocupación ama de casa. Posee idioma español como lengua materna y nivel básico de inglés y portugués, lateralidad diestra. Inició enfermedad diciembre 2011, como consecuencia de aneurisma, diagnóstico afasia de Wernicke. En la actualidad se desplaza sin dificultad. Ejecuta la prueba con la mano dominante. Recibió terapia de lenguaje durante 2 años, priorizando el lenguaje oral más no el escrito.

Durante la evaluación logra sostener el lápiz de manera adecuada, sin embargo se muestra poco colaboradora, se frustra rápidamente, no concluye las tareas indicadas.

SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 4	
1. Mecánica de escritura	<ul style="list-style-type: none"> - Escribió algunas letras de su nombre. - No escribió su dirección. - No logró copiar la oración.
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriada: Abecedario: 10/26 Números: 3/21
	-No ejecutó tareas al dictado.
3. Denominación por confrontación escrita:	- No realizó la tarea.
4. Formulación escrita	- No realizó la tarea
Poco colaboradora, intenta realizar la tarea pero se frustra rápidamente.	

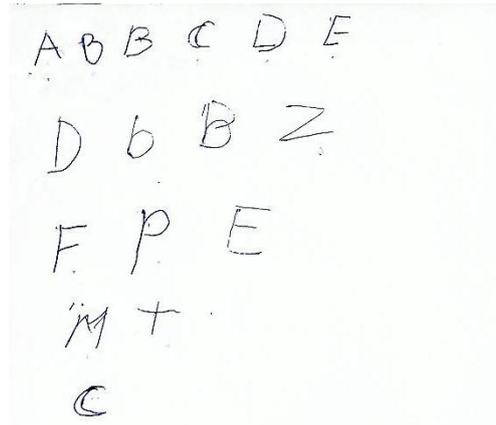


MI
MIIC B C

**EL CHIQUILLO TOCABA EL SAXOFÓN Y LA
ORQUESTA LE ACOMPAÑABA**

EL C

Muestra de escritura: nombre, dirección y transcripción de una oración.

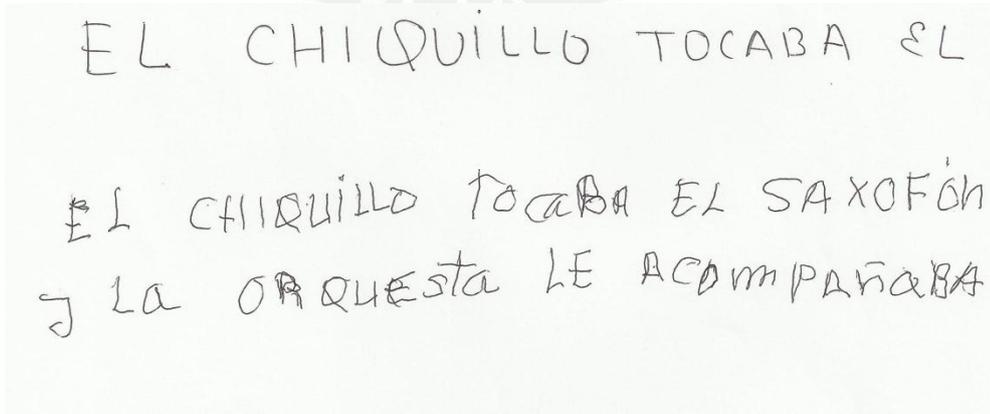


Muestra de escritura seriada – abecedario.

CASO 5: Paciente J.C.M. de sexo masculino, de 70 años , nacido en Ayacucho, grado de instrucción 4to de secundaria, ocupación obrero en fábrica de vidrios. Paciente bilingüe, habla quechua y español, lateralidad manual diestra. Inicio enfermedad en agosto del 2010, presentó accidente cerebral isquémico, con cuadriparesia. En la actualidad el diagnóstico es afasia anómica. Recibió terapia de lenguaje orientada a motricidad oral. Camina solo.

Durante la entrevista se mostró bastante colaborador y sociable. Empleo su mano dominante para ejecutar la tarea.

SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 5	
1. Mecánica de escritura	<ul style="list-style-type: none"> - Escribe su nombre y apellidos correctamente, sin incurrir en errores ortográficos. - escribe su dirección con sustitución de vocales propios de su idioma materno. “e x i” - Copió la oración completa en letra imprenta.
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriaba: Abecedario: 6/26 Números: 21/21
	Dictado elemental: Letras: 4/5 “ll x l” Números: 5/5 Palabras: 4/5, sustitución de vocales propio de su idioma materno: venir por viner.
3. Denominación por confrontación escrita:	9/10
4. Formulación escrita	Escritura narrativa: Escribe oraciones sin respetar tiempos gramaticales, emplea escasos conectores. Oraciones escritas al dictado: Escribe las oraciones completas, con presencia de escasas paragrafías.
Se muestra colaborador y entusiasmado con las tareas.	



Muestra de transcripción de una oración

A - B - C - D - E - F - G - H

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 -
 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21

Muestra de escritura seriada – abecedario y números

D - J - K - L - M - N - O - P - Q - R - S - T - U - V - W - X - Y - Z

7 - 1865 - 15 - 42 - 193

ir sol - Viver Niño Casa

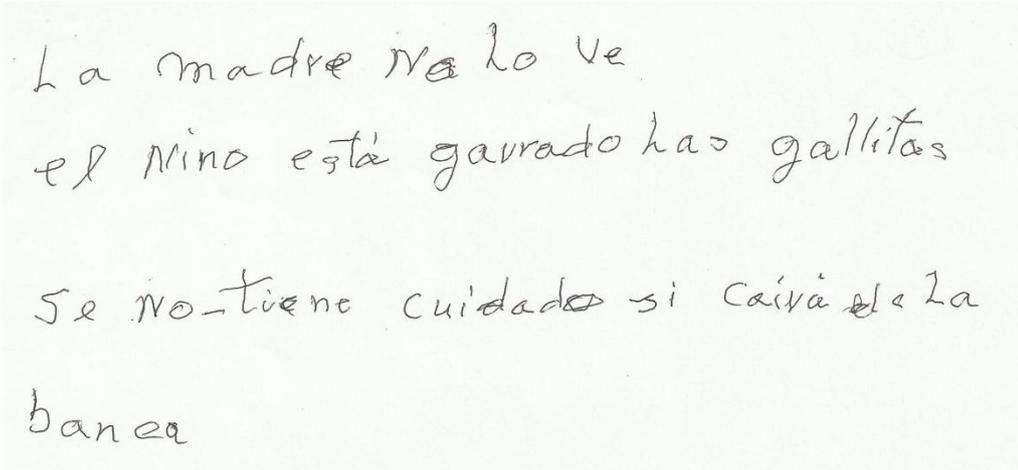
Muestra de escritura dictado elemental

guice siste -
 Fumado cigarrillo
 Tomar el agua
 Llave
 Silla
 Circulo
 Cuadrado
 Rojo
 Marron

Muestra de escritura en denominación por confrontación escrita

Un niño casado en galletas está
 Caído su Banco
 Una niña Recibido galletas
 un Señera esta secado platos
 el caño caído agua

Muestra de escritura narrativa.



La madre ve lo ve
el niño está garrado las gallitas
Se no tiene cuidado si caía de la
banca

Muestra de oraciones escritas al dictado.

CASO 6: Paciente J.L.M. de sexo femenino, edad 62 años, nacida en Cusco. Con grado de instrucción secundario de ocupación ama de casa. De lateralidad diestra. Habla quechua y español. Inició enfermedad en marzo del 2013, por ACV, diagnóstico actual afasia transcortical sensorial, como secuela presenta hemiparesia derecha sin embargo puede caminar. Recibió aproximadamente 20 sesiones de terapia de lenguaje.

Durante la evaluación se mostró bastante colaboradora, se esforzaba en realizar la tarea, demandándole mayor cantidad de tiempo.

SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 6	
1. Mecánica de escritura	<ul style="list-style-type: none"> - Escribe su nombre y apellidos correctamente, con letra corrida. - Escribe su dirección de forma adecuada con letra corrida - Copio la oración con letra imprenta.
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriada: Abecedario: 6/26 Números: 8/21
	Dictado elemental: Letras: 1/5 Números: 0/5 Palabras: 1/5
3. Denominación por confrontación escrita:	0/10 No comprendió la consigna.
4. Formulación escrita	Escritura narrativa: intenta escribir una frase, emplea verbo y preposiciones (en, la) Oraciones escritas al dictado: Escribe oraciones incompletas, emplea artículos (el, la), con presencia de párrafos.

A - B - ~~C~~ - d - E - F -

 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9

 d - 6 - 2 - 1 - 5 -
 L - 5 - 22 - 15 - 181
 1 - co - venia - miua - casa

Muestra de recuerdo de símbolos escritos – escritura seriada y dictado elemental

EL - CHIQUILLO - TOCABA EL SAXO -
FON V LA
ORQUESTA LE ACOMPAÑABA

Muestra de transcripción de una oración

Em. decirle la Amenua

Muestra de escritura narrativa

La mada
el nino esta diciendo
tino tengo cuidad

Muestra de oraciones escritas al dictado

b. PACIENTES CON AFASIA NO FLUENTE:

CASO 7: Paciente V.L.B. de sexo masculino, edad 62 años, nacido en Ica. Grado de estudios superior, abogado laboral. Actualmente jubilado. De idioma español, lateralidad manual diestra. Inicio enfermedad en agosto del 2012, causado por isquemia cerebral, zona frontoparietal. Con diagnóstico actual afasia transcortical motora, secuela hemiparesia derecha, puede caminar. Recibió dos sesiones de terapia de lenguaje. Ejecuta la prueba con la mano dominante.

Durante la ejecución de la prueba se muestra bastante colaborador, se esfuerza en realizar adecuadamente la tarea.

SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 7	
1. Mecánica de escritura	<ul style="list-style-type: none"> - Escribe su nombre y apellidos correctamente, con letra imprenta - escribe su dirección de forma adecuada, con letra imprenta. - Logro copiar la oración completa.
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriaba: Abecedario: 4/27 Números: 21/21
	Dictado elemental: Letras: 5/5 Números: 5/5 Palabras: 5/5
3. Denominación por confrontación escrita:	5/10 dificultad para escribir verbos en tiempo presente (quinca x quince, morropon x marrón)
4. Formulación escrita	Escritura narrativa: Escribe solo tres palabras relacionadas a la imagen (agua, galeta x galleta) Oraciones escritas al dictado: Escribe algunas frases “”madre no vea x la madre nos los ve, el niño agarro garetta x el niño esta agarrando las galletas, “nido a bancara x si no tiene cuidado, se caerá la banca.””.

	Omite palabras funcionales y presenta párrafos.
--	---

**EL CHIQUILLO TOCABA EL SAXOFÓN Y LA
ORQUESTA LE ACOMPAÑABA**

EL CHIQUILLO TOCABA EL SAXOFÓN Y LA
ORQUESTA LE ACOMPAÑABA

Muestra de transcripción de una oración

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21

A-B-C-CH-

Muestra de escritura seriada – Abecedario y números

D-J-2-V-Z-

7-15-42-193-1865

IR-SOL-VERIR-NIÑO-CASA

Muestra de dictado elemental

LLAVE
SILLA
CIRCULO
CUADRO

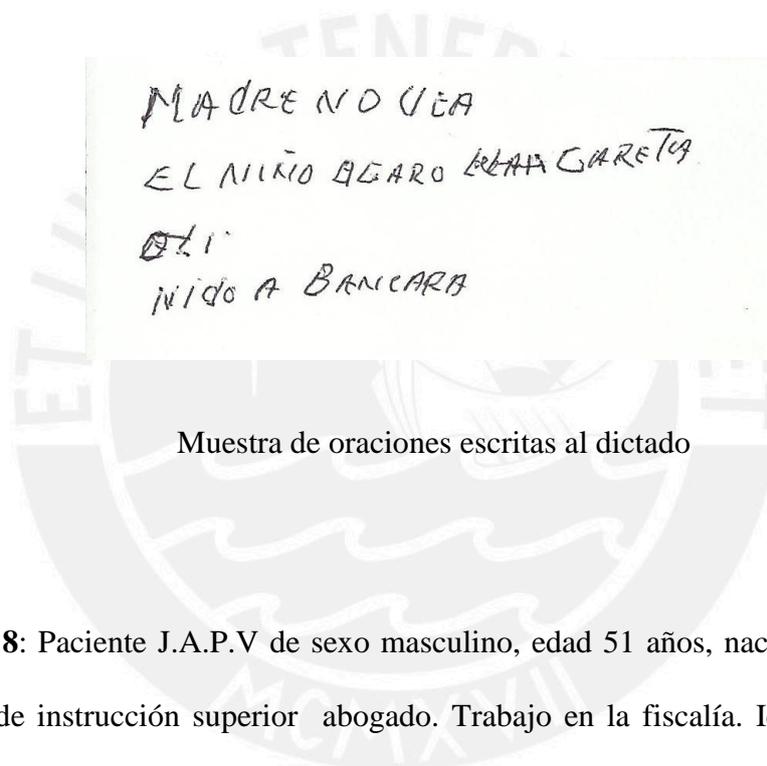
15
QUINCE
SIETE
MORROPON
ROJO

BEBIDA
FERRAJO

Muestra en denominación por confrontación escrita.



Muestra en escritura narrativa



Muestra de oraciones escritas al dictado

CASO 8: Paciente J.A.P.V de sexo masculino, edad 51 años, nacido en Ancash. Grado de instrucción superior abogado. Trabajo en la fiscalía. Idioma español, lateralidad diestra. Inició enfermedad el 2011. Por ACV hemorrágico en zona frontoparietal, estuvo 7 días en coma. Diagnóstico actual Afasia de Broca, recibe terapia de lenguaje hace un año.

Durante la entrevista se muestra bastante colaborador, se esfuerza al realizar las tareas.

SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 8	
1. Mecánica de escritura	<ul style="list-style-type: none"> - Escribe su nombre y apellidos con letra imprenta, omite una letra. - Escribe su dirección, con letra imprenta. - Logro copiar la oración completa con letra imprenta.
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriaba: Abecedario: 17/27 Números: 21/21
	Dictado elemental: Letras: 5/5 Números: 4/5 error 1865 Palabras: 4/5 no escribe: venir,
3. Denominación por confrontación escrita:	3/10
4. Formulación escrita	Escritura narrativa: Escribe solo 4 palabras relacionadas a la imagen (mamá, chico, chica y agua) Oraciones escritas al dictado: Intenta escribir la oración pero se observan una frase “mamá va” y palabras sueltas como: nini x niña y gollete x galleta.

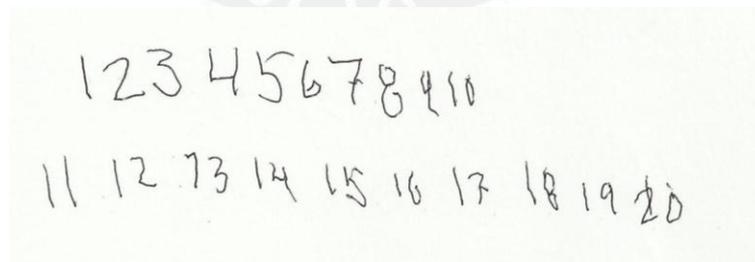
**EL CHIQUILLO TOCABA EL SAXOFÓN Y LA
ORQUESTA LE ACOMPAÑABA**

EL CHIQUILLO TOCABA EL SAXOFÓN Y LA
ORQUESTA LE ACOMPAÑABA

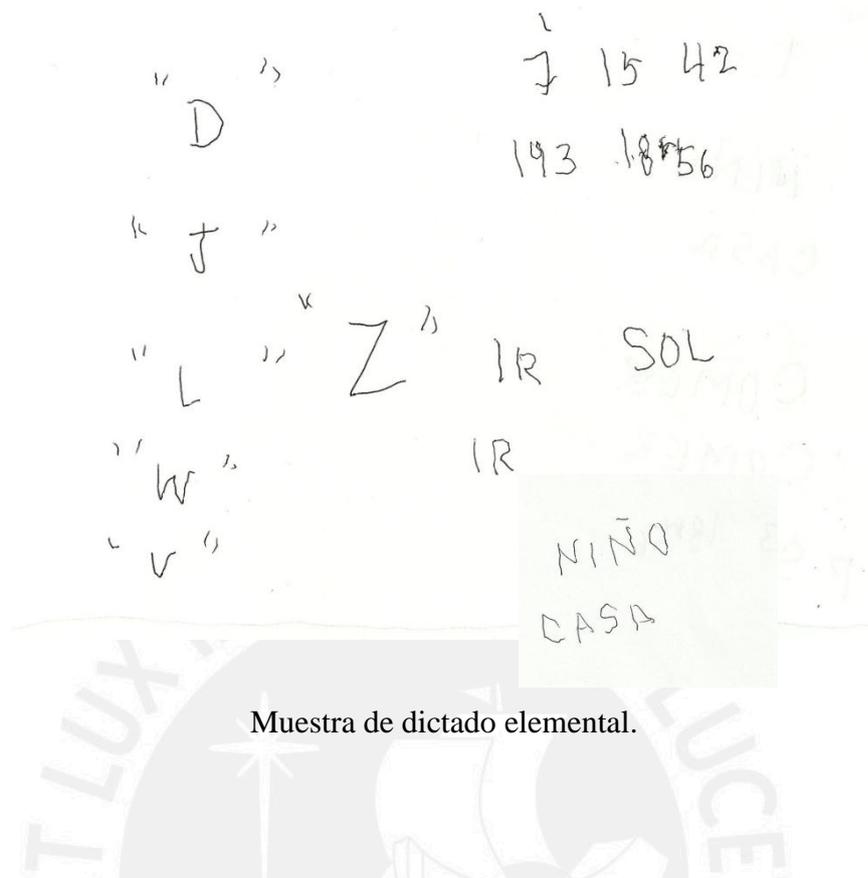
Muestra de transcripción de una oración



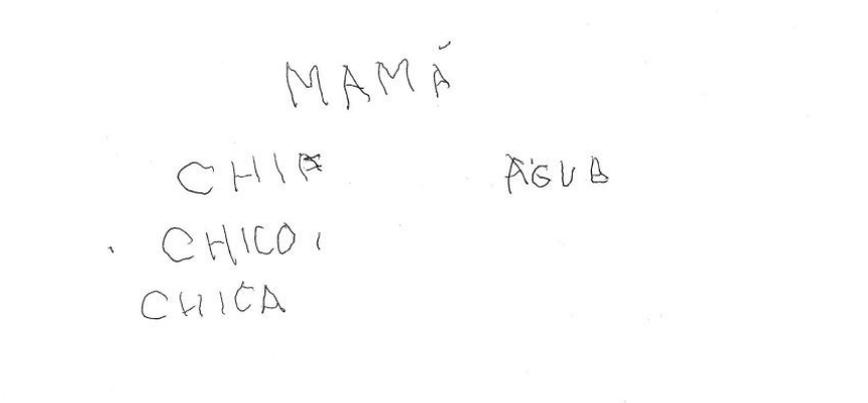
Muestra de escritura seriada - abecedario



Muestra de escritura seriada - números



Muestra de dictado elemental.



Muestra de escritura narrativa

M.
MAMA VA

NINE

NINI GELLATE

A
E
I
O
U

Muestra de escritura al dictado

LLABE

LLAVE ✓

LL



CUDE

CUD

CUDEP

DIES I

T

SIETE ✓

GRANETE -

MARÓN

RORI

ROJO

R

F

FUME

FUME

Muestra en denominación por confrontación escrita.

CASO 9: Paciente M.E.R.V. de sexo masculino, de 62 años nacido en Lima. Grado de instrucción superior ingeniero civil. De idioma español, lateralidad diestra. Inició enfermedad en mayo del 2013 por ACV hemorrágico, Diagnostico actual Afasia de Broca, presenta como secuela hemiplejia derecha, camina con apoyo. Recibe terapia de lenguaje hace dos meses.

Durante la evaluación se muestra sumamente ansioso, le cuesta ejecutar la tarea por lo que requiere más tiempo, sin embargo se esfuerza bastante por lograr la tarea. Por momentos rompe en llanto al ser consciente de su condición.

SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 9	
1. Mecánica de escritura	- No logra escribir su nombre ni dirección. - No copia la oración indicada, pero en otro momento por si solo copia otra oración con letra imprenta.
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriaba: Abecedario: 4/27 Números: 10/21
	Dictado elemental: Letras: 0/5 Números: 0/5 Palabras: 1/5
3. Denominación por confrontación escrita:	3/10
4. Formulación escrita	Escritura narrativa: escribe paragrafías. Oraciones escritas al dictado: Intenta escribir la primera oración con notorias paragrafias. “Marsa e can al cacao”

MECÁNICA DE LA ESCRITURA / hoja de respuestas

MECÁNICA DE LA ESCRITURA

Muestra de transcripción de una oración no indicada.

A-B-C-~~A~~-E-I-C-A

1-2-3-4-~~5~~-6-7-8-9-10

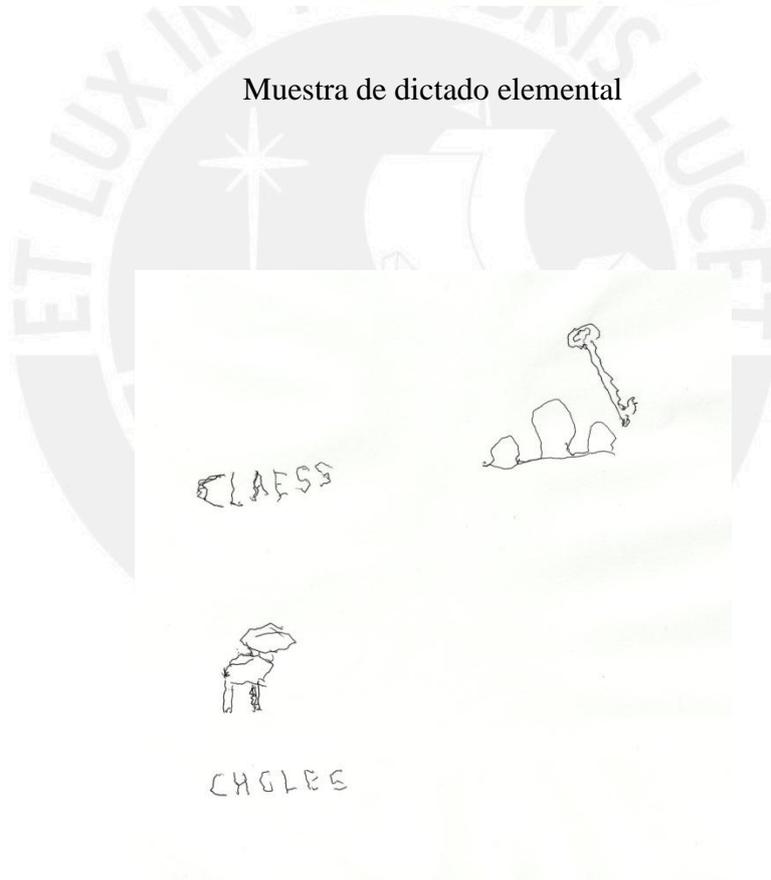
Muestra de escritura seriada – abecedario y números

M 25 95 C 150 34²50

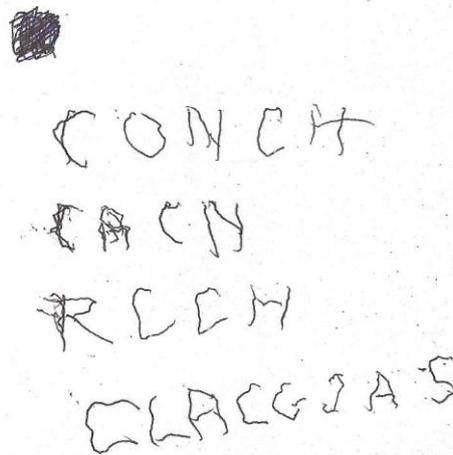
C A C M

CABA RACAN

Muestra de dictado elemental



Muestra en denominación por confrontación escrita



CONCH
 EACN
 RLCN
 CLACGAS

Muestra en escritura narrativa



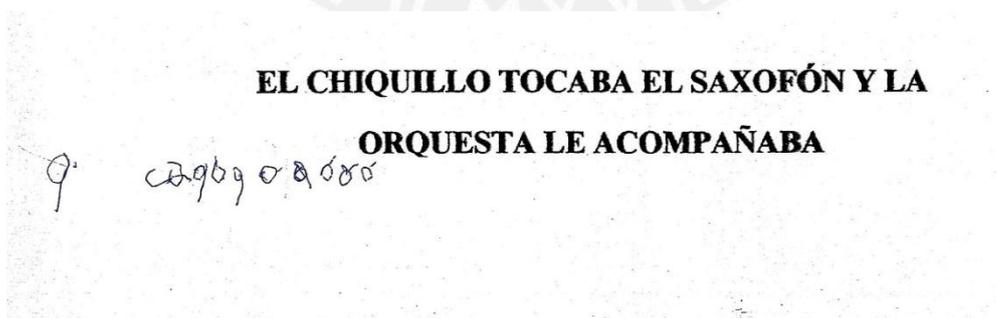
MORSA B CAN AE CACA

Muestra de oraciones escritas al dictado

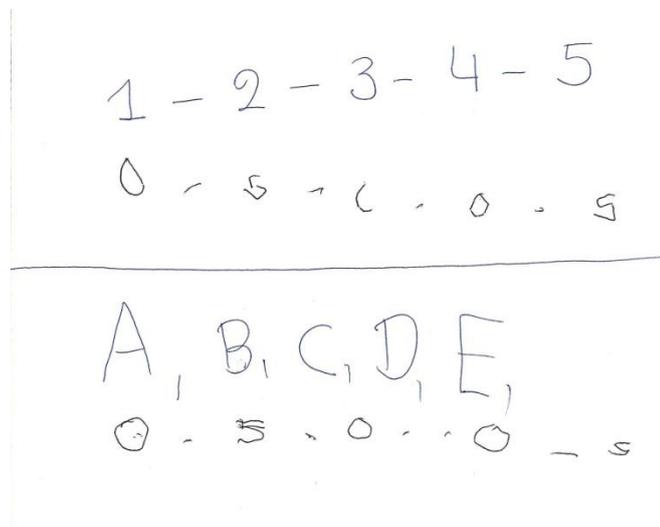
CASO 10: Paciente V.M.J.D. de sexo masculino, 62 años, nacido en Lima. Grado de instrucción superior incompleto, carrera contabilidad. Ocupación venta de abarrotos, idioma español, lateralidad diestra. Inició enfermedad por ACV en mayo del 2013, antecedente de infartos previos. Con diagnóstico actual afasia global. Secuela hemiplejía derecha, camina con dificultad. Ejecuta la prueba con la mano izquierda. Recién inicia rehabilitación en el área de lenguaje, recibió una sola sesión.

Durante la evaluación se mostró bastante colaborador, se esforzó en realizar las tareas pese a notar que no tenía éxito, asimismo intentaba comunicarse con escasas palabras sueltas pero sobre todo empleando gestos.

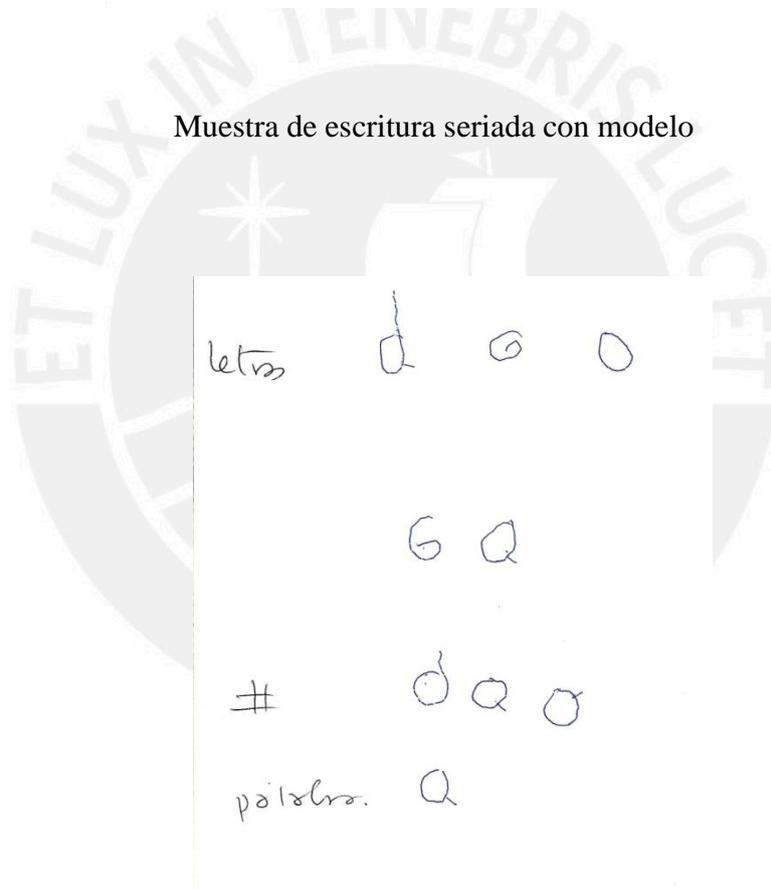
SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 10	
1. Mecánica de escritura	- No logra escribir su nombre ni dirección. - No logra copiar la oración. Emplea símbolos similares a algunas letras y/o números.
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriaba: Abecedario: 0/27 Números: 1/21
	Dictado elemental: Letras: 1/5 Números: 0/5 Palabras: 0/5
3. Denominación por confrontación escrita:	0/10
4. Formulación escrita	No logra realizar la tarea de escritura narrativa ni el dictado de oraciones.



Muestra de transcripción de una oración



Muestra de escritura seriada con modelo



Muestra de dictado elemental

CASO 11: Paciente G.R.T. de sexo masculino, 63 años, nacido en Cajamarca. Con grado de instrucción secundaria completa, ocupación comerciante, de idioma español y lateralidad diestra. Inicio enfermedad por ACV en diciembre del 2012, Lesión localizada en el hemisferio izquierdo área frontal, con diagnóstico actual de afasia de Broca, secuela hemiplejía derecha, camina lento con ligera dificultad. Recibió terapia de lenguaje desde febrero 2013.

Durante la evaluación se muestra colaborador sin embargo se frustra rápido al no poder realizar las tareas. Teniendo dificultad para sostener el lapicero.

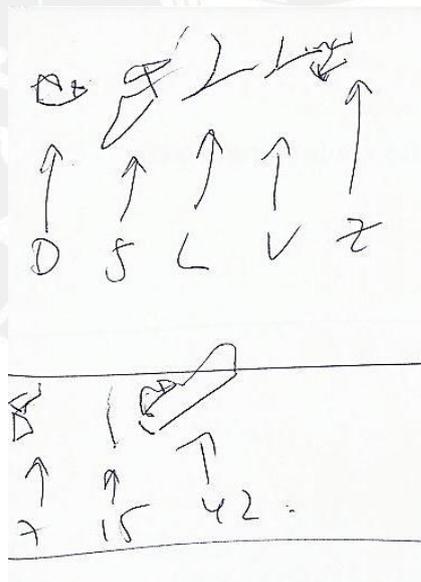
SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 11	
1. Mecánica de escritura	- Intenta escribir su primer nombre con omisión de algunas letras. - No logra copiar la oración.
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriaba: Abecedario: 2/27 Números: 0/21
	Dictado elemental: Letras: 3/5 Números: 0/5 Palabras: 0/5
3. Denominación por confrontación escrita:	0/10
4. Formulación escrita	No logra realizar la tarea de escritura narrativa ni el dictado de oraciones.

MECÁNICA DE LA ESCRITURA / hoja de respuestas

GLICERIO

GLICERIO
~~GLICERIO~~

Muestra de la escritura del nombre en forma espontánea y con modelo.



Muestra de dictado elemental

CASO 12: Paciente B.M.R., de sexo femenino, 61 años, nacida en Ica. Grado de instrucción superior, carrera educación, ejerció como profesora de matemáticas en educación secundaria, de idioma español, lateralidad diestra. Inicio enfermedad en julio del 2013, por aneurisma localizado en lóbulo parietal izquierdo, con diagnóstico actual Afasia transcortical motora. Presenta como secuela hemiparesia derecha. Recibió 4 sesiones de terapia de lenguaje.

Durante la evaluación se muestra bastante colaboradora, sin embargo a medida que la dificultad de la prueba se incrementa se frustra rápidamente y no completa la tarea. Cabe resaltar que paciente inició la ejecución de la prueba con la mano dominante pero por la dificultad en sostener el lapicero, cambio a mano izquierda.

SUBPRUEBA DE ESCRITURA – caso 12	
1. Mecánica de escritura	- Escribe su nombre completo y dirección correctamente con letra corrida, (empleando mano dominante) - Logro copiar la oración completa con letra imprenta (a partir de esta tarea empleo mano izquierda por dificultades para sostener el lapicero).
2. Recuerdo de los símbolos escritos	Escritura seriaba: Abecedario: 17/27 Números: 21/21
	Dictado elemental: Letras: 5/5 Números: 3/5 (error: 193 y 1865) Palabras: 4/5 (error: ven x venir)
3. Denominación por confrontación escrita:	1/10 dificultad para comprender la consigna, pues dibujó la imagen del cuadrado y círculo.
4. Formulación escrita	No logra realizar la tarea de escritura narrativa ni el dictado de oraciones.

Los Pajos 132. Como
 UNO 499 - ZCA
 UNO 512 - ZCA

Muestra de la mecánica de escritura – dirección.

EL CHIFULLO TOCABA EL SAXOFÓN Y LA
 ORQUESTA LE ACOMPAÑABA

Muestra de transcripción de una oración

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
 11-12-13-14-15-16-17-18-19-20
 21-2

A - B - C - D - E - F - G - H - I - M - N - O - P - Q - R - S - T - U - V

Muestra de escritura seriada – abecedario y números

Ch - J - L - V, E

7. - 15. 412 - 889

188

1860

in

Sol

Van

in

maña

ca. 50r

Muestra de dictado elemental

