

12 DE JULIO DE 2016



**Universidad de Valladolid**

# REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA ANOMIA COMO SÍNTOMA DE LA AFASIA.

TRABAJO DE FIN DE GRADO.  
GRADO EN LOGOPEDIA. 2015/2016  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



ALUMNA: PAULA SAN JOSÉ CASCIÓN.  
TUTORIZADO POR: MARTA RUIZ MAMBRILLA

## **Índice**

Resumen .....	1
Introducción. ....	3
Objetivos.....	6
Metodología. ....	7
Resultados.....	9
Discusión. ....	29
Conclusiones. ....	34
Referencias bibliográficas.....	36

## RESUMEN

**Título:** Revisión sistemática de la anomia como síntoma de la afasia.

**Introducción:** la anomia se define como la dificultad para encontrar las palabras que se precisan durante el habla, dependiendo de qué nivel cognitivo se vea afectado, se dará lugar a un tipo de anomia u otro, aunque no es un síntoma único de la afasia, sí que es común en todas ellas, causando un impedimento en la comunicación de los pacientes que lo padecen, por ello, se precisa de una rehabilitación logopédica.

**Objetivos:** se pretende realizar una revisión sobre la literatura de la anomia en pacientes afásicos, queriendo reflejar la importancia de una rehabilitación logopédica, incluyendo así, la mejora en la calidad de vida de los pacientes y el uso de las nuevas tecnologías.

**Metodología:** Búsqueda sistemática en bases de datos PubMed, Google académico, Índice médico español, Dialnet y ScienceDirect. Seleccionando artículos que estudien a pacientes con anomia y afasia. Tras el análisis de los artículos encontrados, se seleccionan 33 que cumplen los requisitos necesarios para la revisión sistemática.

**Resultados:** Los artículos muestran numerosas evaluaciones a sujetos sin presentar una intervención; además de no dar demasiada importancia a la logopedia, comparando la profesión con la neuropsicología.

**Conclusiones:** Son escasas las rehabilitaciones logopédicas en pacientes afásicos con anomia, así como el uso de las TICs en las mismas.

**Palabras clave:** anomia, afasia, rehabilitación logopédica, TICs.

## ABSTRACT

**Title:** Systematic review of anomia as symptom of aphasia.

**Introduction:** Anomia is defined as an alteration which impede finding the precise words during the speech, depending on the level of alteration it will lead to a kind of anomia or another, even though it is not an unique symptom of aphasia, it is common in all of them. It is a symptom which causes an impediment in the communication of the patients who suffer from it, therefore, it is required a speech therapy rehabilitation.

**Aims:** it is wanted to carry out a review about the anomia's literature in aphasic patients, reflecting the importance of speech therapy rehabilitation, including the improvement of the life quality of the patients and the use of the new technologies.

**Methodology:** systematic research in PubMed databases, Google academic, Spanish medical index, Dialnet and ScienceDirect, selecting articles which study patients with anomia and aphasia. After the analysis of the articles found, 33 are selected because they meet the requirements for the systematic review.

**Results:** The articles show numerous individuals' assessments without presenting an intervention; moreover, they do not give too much importance to the speech therapy, comparing the profession with the neuropsychology.

**Conclusions:** There is a lack of speech therapy rehabilitations in aphasic patients with anomia, as well as the use of ICT in those.

**Key words:** anomia, aphasia, rehabilitation, speech therapy, ICT.

## INTRODUCCIÓN

La forma de comunicación más común entre los seres humanos es el lenguaje oral, se producen numerosas palabras para expresar necesidades pero, en ocasiones, resulta complicado recuperar una palabra en concreto, se dice que está en la punta de la lengua, esta situación conocida como ‘fenómeno en la punta de la lengua’ constituye un síntoma común a todas las afasias denominado ‘anomia’ pero en este caso, se considera patológico y la dificultad de no encontrar las palabras se hace más notoria y frecuente.

El proceso de recuperación de una palabra es complejo y comprende tres niveles cognitivos, como son: el nivel semántico encargado de activar los significados y conceptos de las palabras; el léxico fonológico cuya función es la recuperación de la palabra o la etiqueta léxica que da nombre a ese concepto, el almacén de fonemas donde se encuentran los fonemas que configuran cada palabra. Posteriormente, una vez que se haya obtenido la palabra, se ponen en funcionamiento los procesos motores que permitirá la producción de la misma (ver Fig. 1: mecanismos cognitivos implicados en la producción del habla). En función de donde se encuentre la lesión se dará lugar a un tipo diferente de anomia con sus propias características.

Se distinguen tres tipos de anomia y en cada una influirán una serie de variables que establecen la ejecución de los pacientes.

### – Anomia semántica.

Cuyo problema anómico radica en una incapacidad para activar las representaciones conceptuales. Los pacientes tendrán dificultades en la comprensión de objetos y palabras puesto que el almacén en el que se encuentran

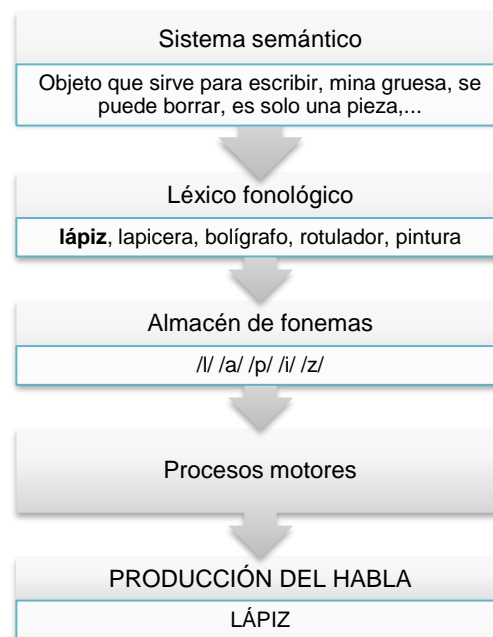


Fig.1 Mecanismos cognitivos implicados en la producción del habla.

los significados es común para la comprensión y la producción<sup>1</sup>. Se encuentra dañado el sistema semántico.

Por lo tanto, se cometerán errores en todas las tareas que exigen acceder al significado de los objetos o de las palabras, como son tareas de asociación semántica o emparejamiento palabra dibujo<sup>1</sup>.

La principal variable que influye en la denominación es la imaginabilidad de la palabra, es decir, la facilidad para imaginarse el concepto asociado a cada palabra. Existen más dificultades con las palabras abstractas que con las concretas<sup>1</sup>.

#### – **Anomia léxica.**

Existen dificultades para recuperar las palabras. Se accede perfectamente al significado de los conceptos, pero no consigue recordar sus nombres. Por lo tanto, se obtendrán puntuaciones bajas en tareas de denominación de dibujos haciendo bien las tareas de comprensión y también las de repetición o lectura en voz alta<sup>1</sup>.

Las dos variables más influyentes son la frecuencia de uso y la edad de adquisición, los objetos que tienen nombres frecuentes y han sido aprendidos antes son más fáciles de denominar que los que tienen nombres infrecuentes o han sido aprendidos tarde.<sup>1</sup>

#### – **Anomia fonológica.**

Hay dificultades para acceder a las representaciones fonológicas por lo que se cometen errores de sustitución, omisión, adición, etc. de fonemas. Por lo que las tareas que exigen recuperar los fonemas para pronunciarlos como es el caso de la repetición o la lectura en voz alta, supondrán un problema<sup>1</sup>.

Las variables que influyen en este tipo de anomia son la longitud o complejidad articulatoria, cuanto más larga y de complejidad articulatoria sea la palabra, más dificultades habrá.<sup>1</sup>

Como se ha mencionado anteriormente, la anomia es un síntoma común a todas las afasias. La afasia es entendida como una pérdida total o parcial del lenguaje expresivo y/o receptivo a causa de una lesión cerebral. Este trastorno tiene una alta prevalencia afectando al 21-38% de pacientes que sufren un accidente cerebrovascular (ACV).<sup>2</sup>

Se distinguen nueve tipos: a) afasia de Broca, b) afasia de Wernicke), c) afasia global, d) afasias de conducción, e) afasia sensorial transcortical, f) afasia motora transcortical, g) afasia transcortical mixta, h) anómica y i) por lesión subcortical.<sup>3</sup> Todas ellas se pueden dividir en afasias motoras (no fluentes) y afasias sensitivas (fluentes), determinadas por una clínica diferente, pero comparten dificultades en la expresión verbal y/o la comprensión oral.

El proceso cognitivo de la producción oral requiere la participación de una buena parte de las áreas del lenguaje: la zona temporo-parietal para el procesamiento léxico semántico, la zona frontal para los fonológicos y articulatorios. No resulta extraño que los trastornos afásicos se acompañen de algún tipo de anomia<sup>1</sup>.

Son numerosos los estudios realizados en pacientes que han sufrido una lesión a nivel cerebral, con los datos obtenidos en las diversas metodologías se puede afirmar que en la producción del lenguaje intervienen varias zonas del hemisferio izquierdo, principalmente el área silviana anterior (áreas 44 y 45) y posterior (22) y otras zonas del lóbulo temporal izquierdo, especialmente el área 37, aunque también las áreas 21 y 38. No obstante hay notables diferencias entre los sujetos<sup>1</sup> (ver Fig.2 áreas cerebrales implicadas en la anomia). En definitiva, las áreas cerebrales más implicadas en la recuperación de las palabras son la zona temporal y parietal del hemisferio izquierdo.

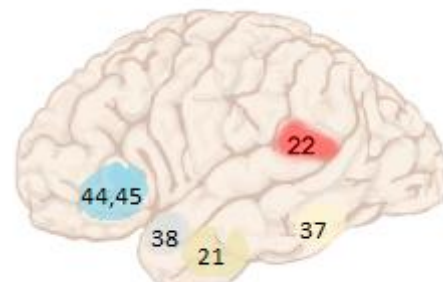


Figura 2. Áreas cerebrales implicadas en la anomia.

Debido a que tanto la afasia como la anomia comprometen al lenguaje se precisa de una rehabilitación logopédica y, es en este campo en el que se centra el presente trabajo, realizando una revisión sistemática para poder reflejar el papel de la Logopedia en la anomia.

A continuación, se exponen en orden los diferentes apartados expuestos en esta la revisión sistemática: objetivos, metodología, resultados del análisis de datos, discusión, conclusiones y, por último, las referencias bibliográficas.

## OBJETIVOS

Con el presente trabajo se pretende llevar a cabo un estudio centrado en el campo de la Logopedia sobre la anomia como síntoma en los pacientes afásicos. Por ello, se estudia e investiga sobre la literatura publicada en diferentes bases de datos. El fin del trabajo es realizar una revisión sistemática para valorar y cuantificar la importancia del papel del logopeda en el tratamiento de la anomia en afásicos.

Los objetivos propuestos son los siguientes:

- a) Valorar cuántos pacientes son derivados a rehabilitación logopédica.
- b) Comprobar si existe un seguimiento en el paciente tras finalizar el tratamiento logopédico.
- c) Reflejar el efecto de la intervención logopédica al final del tratamiento y en la vida diaria del paciente.
- d) Revisar si se hace uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en la rehabilitación logopédica.



## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de bibliografía de artículos sobre la anomia en pacientes afásicos, incluyendo el papel del logopeda, para ello se recurrió a cinco bases de datos: Índice Médico Español (BDDOC), Google Académico, Dialnet, Pubmed y ScienceDirect, durante los meses de febrero a mayo de 2016.

Para llevar a cabo la búsqueda se introdujeron diferentes palabras clave, para todas las bases de datos en español se introdujeron los mismos términos, a excepción de la base de datos Pubmed en la cual solo se utilizaron términos en inglés. Las palabras clave fueron: 'anomia en la afasia', 'afasia y anomia', 'aphasia and anomia', 'aphasia treatment', 'rehabilitación de la anomia', 'alteración en la denominación', 'logopedia en anomia', 'logopedia en afasia', 'tecnología e informática en la anomia', 'TICs en anomia'; entre otras combinaciones.

En dichas búsquedas no se estableció una fecha de publicación ya que la información relacionada con el ámbito logopédico es escasa.

Se pudieron seleccionar en un principio varios artículos: en el Índice Médico Español se seleccionaron 9 artículos, en Google académico un total de 15 artículos; en Dialnet se cogieron 7 artículos, en la base de datos Pubmed un total de 8 artículos y, por último, en Science Direct se seleccionaron 6 artículos. Lo que supone un total de 45 artículos.

Pero no todos ellos fueron válidos para el análisis de datos, sino que algunos aportaron información relevante para el trabajo (véase tabla 1. base de datos).

De los artículos que se seleccionaron, se excluyeron siete ya que no presentaban casos clínicos, aquellos en los que no se hacía referencia a alteraciones en la

Base de Datos	Nº total de artículos registrados	Artículos seleccionados	Artículos válidos para el análisis
IME	9	9	4
Google Académico	1.923	15	11
Dialnet	13	7	6
Pubmed	217	8	8
Science Direct	119	6	4

*Tabla 1. Base de datos.*

denominación o en la evocación, aquellos en los que los pacientes estudiados no cursaban con afasia y aquellos que presentaban casos de pacientes afásicos, pero sin hacer mención a la anomia. Además, se excluyeron aquellos artículos en los que era necesario abonar un coste, o bien que no funcionaba el acceso a la dirección del artículo y solo se mostraba el resumen.

Por lo tanto, en la búsqueda se incluyeron aquellos artículos en los que se llevaban a cabo estudios sobre casos en población adulta que cursaran con afasia, en los que no era posible la recuperación espontánea (pasados seis meses de la lesión) sin importar el tipo de afasia, siempre y cuando se hiciera mención de la anomia, ya se tratase de una evaluación y/o una intervención logopédica, así como aquellos en los que se incluían el uso de la informática; incluyendo artículos redactados en inglés o en español.

Con todo ello, se tomaron como válidos 38 artículos, de los cuales 33 se destinaron para llevar a cabo un análisis y recogida de datos de la información más relevante para hacer posible la revisión sistemática presente, mientras que 5 artículos se tomaron para aportar información adicional, para lo que también se usaron 2 libros.

La metodología utilizada en el presente trabajo para realizar citas y recoger referencias bibliográficas han sido las normas Vancouver.

## RESULTADOS

Tras realizar una revisión exhaustiva de los diferentes artículos seleccionados, se recogen los resultados en la siguiente tabla incluyendo los siguientes aspectos para poder llevar a cabo los objetivos iniciales propuestos con esta revisión sistemática. De este modo, la tabla consta de los siguientes datos:

- a. Autor/es junto al año.
- b. Número de pacientes con su edad, en el caso de ser más de un paciente, se indica la edad media resultante de los participantes.
- c. Tipo de Afasia.
- d. Síntomas logopédicos, en los que se incluyen:
  - a. Tipo de anomia.
  - b. Grado de la anomia.
  - c. Fluidez verbal en el paciente.
  - d. Comprensión del paciente
- e. Tratamiento logopédico:
  - a. Derivación del paciente a rehabilitación logopédica.
  - b. Uso de la Tecnología de la Información y Comunicación (TICs)
  - c. Duración del tratamiento. Incluyendo los días a la semana y el número total de sesiones.
  - d. Seguimiento del paciente una vez finalizado el tratamiento logopédico.
  - e. Efectividad de la rehabilitación logopédica.

Tabla 1: Resultados.

Autor (año)	Nº pacientes (edad)	SÍNTOMAS LOGOPÉDICOS					TRATAMIENTO LOGOPÉDICO					
		Tipo de afasia	Tipo de anomia	Grado de anomia	Fluidez Verbal	Comprensión	Derivación logopédica	TICs	Duración		Seguimiento	Efectividad
									d/s	Nº sesiones		
Carrión JL et al (2000) <sup>4</sup>	1 (-)	Mixta	Semántica	Severa	Alterada	Alterada	Sí	-	4	208	Sí	Sí
Vega FC (2003) <sup>5</sup>	8 (52.25)	3 Mixta 2 trans. sensorial 1 Conducción 1 Wernicke 1 Motora transcortical	2 Semántica. 4 Léxica. 1 Fonológica. 1 mixta.	-	6 Alterada 2 conser.	-	Sí	Sí	-	-	No	Sí
Rojas LQ. et al (2005) <sup>6</sup>	1 (29)	Mixta	Léxica	Grave	Conser.	Conser.	-	-	-	-	-	-
Serrano C, et al (2005) <sup>7</sup>	15 (-)	7 de Broca. 2 Wernicke. 2 Anómica 4 Trans. sensorial	Léxica fonológica. y	-	7 alterada 8 conser.	6 alterada 9 conser.	-	-	-	-	-	-

Abreviaturas: conser: conservada; d/s: días a la semana; nº: número; TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación; trans: transcortical.

Tabla 1: Resultados:

Autor (Año)	Nº pacientes (edad)	SÍNTOMAS LOGOPÉDICOS					TRATAMIENTO LOGOPÉDICO						
		Tipo afasia	de	Tipo de anomia	Grado de anomia	Fluidez verbal	Comprensión	Derivación logopédica	TICs	Duración		Seguimiento	Efectividad
										d/s	Nº sesiones		
Renvall K, et al (2005) <sup>8</sup>	1 (73)	-		Semántica	-	Conser.	Alterada	Sí, pero no indica que sea logopédica.	-	2-3	12	Sí	-
Fernández-Turrado T et al (2006) <sup>9</sup>	10 (-)	3 Conducc. 6 Anómica 1 Broca		Léxica y fonológica	-	-	Conser.	-	-	-	-	-	-
Adrián, J, et al (2006) <sup>10</sup>	10 (-)	4 Wernicke 3 Mixta 3 Broca		3 Fonológica 1 Léxica 6 Mixta	-	-	3 conser. 7 alterada.	Sí	Sí CARP-2	Tto: 2	Pre-tto: 5 Tto: 30	Sí Post-tto 7-10 días después durante 4 meses	Sí
Wilson, M et al (2006) <sup>11</sup>	9 (-)	-		Semántica	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Abreviaturas: conser: conservada; d/s: días a la semana; nº: número; TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación; tto: tratamiento.

Tabla 1: Resultados.

Autor (Año)	Nº pacientes (edad)	SÍNTOMAS LOGOPÉDICOS					TRATAMIENTO LOGOPÉDICO						
		Tipo de afasia	de	Tipo de anomia	Grado de anomia	Fluidez verbal	Comprensión	Derivación logopédica	Tics	Duración		Seguimiento	Efectividad
										d/s	Nº sesiones		
Fernández LC, et al (2006) <sup>12</sup>	1 (35)	Mixta		Semántica	-	Alterada	Alterada.	Sí	-	-	-	-	Sí
	1 (55)	Afasia expresiva (motora)		Léxica	-	-	Conser.	Sí	-	-	-	-	-
	1 (72)	Anómica		Fonológica	-	-	Conser.	Sí	-	-	-	-	-
Nadeau SE et al (2006) <sup>13</sup>	10 (64.4)	-		Léxica	-	-	-	Sí pero no indica que se logopédica	-	4	-	-	Sí
Gallardo-Paúls B, et al (2006) <sup>14</sup>	1 (58)	Broca severa		Léxica	-	Alterada	Conser.	Sí	-	-	-	-	-

Abreviaturas: conser: conservada; d/s: días a la semana; nº: número; TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación.

Tabla 1: Resultados.

Autor (año)	Nº pacientes (edad)	SÍNTOMAS LOGOPÉDICOS					TRATAMIENTO LOGOPÉDICO					
		Tipo de afasia	Tipo de anomia	Grado de anomia	Fluidez verbal	Comprensión	Derivación logopédica	TICs	Duración		Seguimiento	Efectividad
									d/s	Nº sesiones		
Rafael González R, et al (2007) <sup>15</sup>	1 (57)	Afasia sensitiva	Léxica	-	Conser.	Alterada.	-	-	-	-	-	-
Cuetos Vega, F. et al (2007) <sup>16</sup>	10 (45)	5 Broca 5 Anómica	Semántica y léxica	-	-	Conserv.	-	-	-	-	-	-
Cachón AP. (2007) <sup>17</sup>	1 (57)	-	Fonológica	Leve	Conser.	Alterada	-	-	-	-	-	-
Introzzi, I.M. et al (2007) <sup>18</sup>	1 (50)	-	Léxica	-	Conser.	Conser	No es logopédica, es neuropsicológica	-	-	-	-	-

Abreviaturas: conser: conservada; d/s: días a la semana; nº: número; TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación.

Tabla 1: Resultados.

Autor (año)	Nº Pacientes (edad)	SÍNTOMAS LOGOPÉDICOS					TRATAMIENTO LOGOPÉDICO					
		Tipo de afasia	Tipo de anomia	Grado de anomia	Fluidez verbal	Comprensión	Derivación logopédica	TICs	Duración		Seguimiento	Efectividad
									d/s	Nº sesiones		
Ardila A.A. (2008) <sup>19</sup>	1 (63)	Wernicke (disociada)	Léxica	Grave	Alterada	Alterada	-	-	-	-	-	-
Nosti MG et al (2008) <sup>20</sup>	19 (57)	7 Anómica 5 Broca 3 Conducc. 1 Mixta 1 Subcortical 1 Expresiva (motora) 1 Trans.sens	Semántica	-	-	Alterada	-	-	-	-	-	-
Puertas- Martín V et al (2009) <sup>21</sup>	1 (82)	Afasia motora	Léxica	-	Conser.	Conser.	No es logopédica, es neuropsicológica.	-	-	-	-	-
Munarriz A et al (2009) <sup>22</sup>	1 (-)	Anómica bilingüe	Fonológica	-	Alterada	Conser.	-	-	-	-	-	-

Abreviaturas: conser. Conservada; conducc: conducción; d/s: días a la semana; nº: número; TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación; trans.sens: transcortical sensitiva.



Tabla 1: Resultados.

Autor (año)	Nº pacientes (edad)	SÍNTOMAS LOGOPÉDICOS					TRATAMIENTO LOGOPÉDICO					
		Tipo de afasia	Tipo de anomia	Grado de anomia	Fluidez verbal	Comprensión	Derivación logopédica	TICs	Duración		Seguimiento	Efectividad
									d/s	Nº sesiones		
Cuetos F, al (2010) <sup>23</sup>	28 (63)	14 Broca 6 Wernicke 5 Anómica 1 Conduc. 2 Mixta	4 léxica 3 semántica 9 fonológica 12 mixtos	-	-	20 conser. 8 alterada.	-	-	-	-	-	-
Cachón ALP (2010) <sup>24</sup>	1 (19)	Mixta	Semántica	-	Alterada	Alterada	Sí	-	2	Durante 22 meses, un total de 186	-	Sí
Shankweiler D et al (2010) <sup>25</sup>	3 (69)	Afasia crónica y afasia agramatical	-	Severa	Alterada	-	-	-	-	-	-	-
Rochon E et al (2010) <sup>26</sup>	2 (50 y 73)	Afasia de Broca  Afasia mixta no fluente	Fonológica	-	Alterada	-	Sí, no indica que sea logopédica	Orde	-	13	Sí, cuatro semanas después.	Sí
Sage K, et al (2011) <sup>27</sup>	8 (61.25)	Afasia crónica	No se indica	-	-	-	Sí, no indica que sea logopédica.	-	-	10	-	-
Ciria SB, et al (2011) <sup>28</sup>	1 (64)	Afasia motora	Semántica	-	Conser.	Conser.	Sí	Orde	2	-	Sí	-

Abreviaturas: conser. Conservada; conduc: conducción; d/s: días a la semana; Nº: número; orde: ordenador; TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación.

Tabla 1: Resultados.

Autor (año)	Nº pacientes (edad)	SÍNTOMAS LOGOPÉDICOS					TRATAMIENTO LOGOPÉDICO					
		Tipo de afasia	Tipo de anomia	Grado de anomia	Fluidez verbal	Comprensión	Derivación logopédica	TICs	Duración		Seguimiento	Efectividad
									d/s	Nº sesiones		
Aguilar Mejía OM et al (2011) <sup>29</sup>	1 (23)	-	Fonológica	-	Alterada	Conser.	-	-	-	-	-	-
Jaramillo JH et al (2012) <sup>30</sup>	2 (60)	Anómica	Léxica	-	Conser.	Conser.	Sí, no indica logopedia	Sí. Im. en orde.	-	-	-	-
Baeza S et al (2012) <sup>31</sup>	1 (54)	Afasia motora	-	Grave	Conser.	Conser.	-	-	-	-	-	-
Best W, et al (2013) <sup>32</sup>	16 (59,5)	4 Broca 5 anómica 2 Wernicke 3 No Fluente 1 Fuente 1 con apraxia	Semántica fonológica y	-	8 alterada. 8 conser.	-	Sí	-	1	8	-	Sí

Abreviatura: conser: conservada; d/s: días a la semana; Im. Imágenes; nº: número; orde: ordenador; TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación.

Tabla 1: Resultados.

Autor (año)	Nº pacientes (edad)	SÍNTOMAS LOGOPÉDICOS					TRATAMIENTO LOGOPÉDICO					
		Tipo de afasia	Tipo de anomia	Grado de anomia	Fluidez verbal	Comprensión	Derivación	TICs	Duración		Seguimiento	Efectividad
									d/s	Nº sesiones		
Menéndez RB (2014) <sup>33</sup>	1 (60)	Alteración afásica	Léxica	-	Conser.	Conser.	-	-	-	-	-	-
Agostini M et al (2014) <sup>34</sup>	5 (65.4)	3 Broca. 2 Wernicke	No se indica	-	-	3 conserv. 2 alterada.	Sí	Telerhb	-	8 telerhb 8 presen.	Sí, tres semanas después.	Sí
de la Huerga NM et al (2014) <sup>35</sup>	1 (57)	Wernicke grave	Fonológica	-	Conser.	Alterada	Sí	No	-	10	No	Sí
Vélez PA et al (2015) <sup>36</sup>	2 (60)	Transcortical motora. Broca	Léxica	-	Alterada	Conser.	No, estudio por lingüistas.	-	-	-	-	-

Abreviatura: conser: conservada; telerhb: telerehabilitación; presen: presencial; d/s: días a la semana; nº: número; TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación.

Una vez completada la tabla 1 de los resultados obtenidos en el análisis y la lectura de los 33 artículos seleccionados, se puede observar la escasez del tratamiento logopédico de la anomia en los pacientes afásicos.

En referencia al **número de pacientes**, se incluyó junto al dato, la edad del paciente, las cuales; oscilaron entre 19 años<sup>24</sup>, el sujeto más joven, hasta 82 años<sup>21</sup> el más mayor. De los 33 artículos expuestos en las tablas de resultados, son en 27 artículos donde se registran las edades, lo que representa un 81,8% del total. El número total de pacientes registrados en la revisión es de 176.

Los resultados focalizan su atención en la Logopedia, por un lado, se expresarán los referidos a los síntomas logopédicos que presentan los sujetos estudiados y, por otro lado, todo lo referido al propio tratamiento logopédico.

La primera parte mencionada engloba cinco aspectos como son: los tipos de afasia con la que cursan los sujetos, el tipo de anomia que presenta, el grado de la anomia, la fluidez verbal de los pacientes y el estado de su comprensión.

En primer lugar, **el tipo de afasia** se registra en la mayoría de los artículos, mientras que en 6 artículos <sup>(8,11,13,17,18,29)</sup> no se especifica tan siquiera que el paciente cursa con afasia, pero según las características descritas sobre su lenguaje y la lesión, se puede suponer que la presentan. De los artículos en los que sí que se registra el tipo de afasia, no todos siguen la clasificación propia de las mismas, en concreto, existen dos artículos en inglés, en los que el tipo de afasia se denomina como 'afasia crónica' <sup>(25, 27)</sup>, cuando se da por supuesto que la patología es de carácter crónico.

Los tipos de afasia que predominan son la afasia de Broca y la afasia anómica. Con un 25,56% y un 19,31% respectivamente.

El **tipo de anomia** se puede determinar a partir del análisis de las tareas que un sujeto es capaz de realizar y de los errores que comete<sup>7</sup>. Serán distintos en función de cuál sea el proceso dañado, y el tipo de rehabilitación que en cada caso se requiere tiene que ser diferente<sup>5</sup>.

En el análisis de los artículos se reflejan cuatro tipos: semántica, léxica, fonológica y mixta. Son 29 los artículos en los que se especifica el tipo de anomia o bien, se puede determinar el tipo según las muestras de habla reflejadas, los resultados en las pruebas de evaluación, así como las descripciones que dan sobre la anomia de

cada paciente, como por ejemplo los errores que comete, sin embargo, son cuatro los artículos <sup>(25, 27, 31, 34)</sup> en los que no viene indicado el tipo, ni se puede deducir pues solo indican dificultades en la denominación sin profundizar en las mismas.

Obviando estos cuatro últimos artículos, se puede estimar, analizando aquellos artículos en los que se establece el número fijo de pacientes y el tipo de anomia con la que cursan, que son 38 pacientes los que cursan con anomia semántica, seguidos de 31 con anomia léxica, 20 pacientes presentan anomia fonológica y 19 corresponden con anomia mixta.

La anomia puede comprometer el habla de una persona en gran medida impidiendo una conversación o puede llegar a pasar desapercibida, por ello se refleja el grado de anomia recogido en 6 artículos, los cuales distinguen tres grados: leve, grave y severo. Representan a ocho pacientes de los cuales cuatro cursan con una anomia severa <sup>(4,25)</sup>, tres con anomia grave <sup>(6,19,31)</sup> y solamente uno con una anomia leve<sup>17</sup>.

Ha sido posible demostrar la existencia de una correlación negativa entre tamaño y localización de la lesión con su recuperación. Lesiones extensas dejan pocas habilidades residuales que permitan fundamentar la recuperación posterior. Esta correlación ha sido especialmente evidente con relación a la recuperación de la fluidez del lenguaje<sup>37</sup>. En la revisión se indicó si los sujetos mostraban una fluidez verbal alterada o conservada en su discurso oral. En 24 artículos se indica este aspecto, reflejando a 35 pacientes con la fluidez alterada, mientras que 30 la mantienen conservada.

Se puede establecer una relación entre la fluidez verbal y el tipo de anomia, basándose solamente en los artículos en los que vienen indicados ambos datos. Se puede decir que de los pacientes que presentan la fluidez alterada, destaca la anomia semántica, en cambio, en los pacientes que mantienen su fluidez conservada existe mayor número de anomia léxica.

De forma general y esquematizada, deben tenerse en cuenta dos niveles en la exploración de la comprensión del lenguaje en los pacientes afásicos: el nivel sensorial y el nivel semántico. Este último es el implicado en el aspecto psicolingüístico: comprensión de las diversas estructuras sintáctico-gramaticales, conjuntos de frases con instrucciones yuxtapuestas, expresiones complejas de

comparación, etc. Un trastorno en esta esfera se manifestará predominantemente con alteraciones disintácticas del lenguaje<sup>3</sup>.

Por ello, se analizó en los pacientes estudiados, el estado de la comprensión, el cual se refleja en 25 artículos, en su mayoría viene determinado en la descripción de los pacientes, sin embargo, en varios artículos <sup>(15,16,21,30,31)</sup> no se menciona pudiendo detallarse al saber el tipo de afasia que presentan.

Es mayor el número de pacientes cursan con una comprensión conservada. Basándose en los artículos que incluyen el tipo de anomia y el estado de la comprensión, se puede establecer que cuando la comprensión se encuentra preservada, existen más posibilidades de cursar con una anomia léxica, mientras que, en el caso contrario, hay más posibilidades de presentar una anomia semántica, ello se puede atribuir a que en el momento en el que el sistema semántico se ve dañado, ya existen problemas de comprensión; pero no se puede afirmar, pues se han recogido datos en los que existen pacientes con la comprensión alterada y no cursan con anomia semántica <sup>(7,17,19,35)</sup>.

A continuación, se lleva a cabo una relación de los resultados con los objetivos planteados al inicio del trabajo, se pudo discernir lo siguiente.

Toda la revisión se centra en el propio tratamiento logopédico, por ello, los resultados serán cinco aspectos a tratar: la derivación logopédica, el uso de las TICs, la duración del tratamiento, la existencia de un seguimiento al finalizar la rehabilitación logopédica y la efectividad del tratamiento reflejada en los pacientes.

En relación con la **derivación al servicio de logopedia**, de los 33 artículos revisados, se refleja en 15 artículos, pero de estos 15, son en 10<sup>(4,5, 10, 12, 14, 24, 28, 32, 34, 35)</sup> donde el propio artículo determina que la rehabilitación es logopédica, mientras que en los 5<sup>(8,13,26,27,30)</sup> restantes se puede concluir que también se trata de la misma rehabilitación, aunque no lo mencione como tal, pues hace referencia a la terapia del lenguaje describiendo una rehabilitación propiamente logopédica. Sin embargo, se encontraron dos artículos donde existe una derivación a rehabilitación, pero no es logopédica, sino neuropsicológica <sup>(18,21)</sup>, indicado en los propios artículos.

Centrándose en la rehabilitación logopédica, los artículos mencionados anteriormente representan a 70 pacientes, lo que supone un 39,77% de los pacientes registrados en todos los artículos revisados.

El resto de los artículos en los que no se incluye una rehabilitación logopédica, se muestran evaluaciones de la propia anomia utilizando en su mayoría el Test Boston el apartado de denominación<sup>(7,11,15,16,17,19,20,33)</sup> o bien otras pruebas en las que se evalúa la denominación como la prueba “Diagnóstico neuropsicológico de la afasia Puebla- Sevilla”<sup>6</sup>, tareas de seis ítems diana<sup>9</sup>, la batería de Snodgrass y Vanderwant<sup>20</sup>, la Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos (BETA)<sup>23</sup>, la Batería Cognitive Neuropsychology Laboratory Screening Battery (CNL)<sup>22</sup> y el uso de un programa Integrado de Exploración Neuropsicológica Barcelona<sup>29</sup>.

Posteriormente a la evaluación no se refleja ninguna rehabilitación y en la mayoría de los artículos no se determina qué profesional lleva a cabo la evaluación pudiendo suponer que se trataría del logopeda, pero no se puede asegurar pues en algunas evaluaciones reaparece la figura del neuropsicólogo <sup>(7,19,33)</sup>

Tras finalizar la rehabilitación logopédica, se podría esperar un **seguimiento** en el paciente para comprobar si se ha llegado a generalizar todo lo rehabilitado en el tratamiento, existiendo una mejora en su denominación; este dato se recoge en 6 artículos <sup>(4,8,10,26,28,34)</sup> de los 15 en los que previamente se ha indicado una derivación al servicio de logopedia; representando a 20 pacientes, lo que supone que en un 28,56% de los pacientes remitidos al servicio de logopedia cuentan con un seguimiento.

En la mayoría de los artículos no se muestra la duración ni cuándo comienza del seguimiento, salvo en tres artículos, cuyo seguimiento es muy variado, el más próximo a la finalización del tratamiento comienza 7-10 días después del mismo, con una duración de cuatro meses<sup>10</sup>, mientras que en los dos restantes el seguimiento se inicia 3<sup>34</sup> o 4<sup>26</sup> semanas después de la rehabilitación logopédica.

Otro aspecto a tratar es la gran variedad de recursos y materiales que se pueden emplear en la rehabilitación logopédica, en concreto, los recursos tecnológicos como sería el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs).

*“[...] las nuevas tecnologías de la información y comunicación son las que giran en torno a tres medios básicos: la informática, la microelectrónica y las telecomunicaciones; pero giran, no sólo de forma aislada, sino lo que es más significativo de manera interactiva e interconexiónadas, lo que permite conseguir nuevas realidades comunicativas”<sup>38</sup>.*

“Las aplicaciones de los recursos tecnológicos relacionados con las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en Logopedia son múltiples, abarcando diversos aspectos relacionados con las diferentes funciones y actividades que realiza el logopeda en su quehacer profesional”<sup>39</sup>.

Por ello, se pretendió revisar el **uso las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs)** en las propias sesiones. Dicho dato se encontró en 6 artículos <sup>(5,10,26,28,30,34)</sup>, englobando a 28 pacientes, lo que supone el 40% de los pacientes tratados logopédicamente. No todos los autores usan de la misma manera las TICs en sus sesiones, mientras que son tres los artículos en los que el uso del ordenador se limita a mostrar imágenes a denominar por los pacientes <sup>(26, 28,30)</sup> y registrar las puntuaciones <sup>(26,30)</sup>; en cambio, son dos artículos los que muestran programas específicamente diseñados para trabajar la anomia <sup>(5,10)</sup>, y por último, un artículo introduce el término “telerehabilitación” refiriéndose a sesiones mediante vía Skype<sup>34</sup>.

Como se expuso antes, el uso más extendido del ordenador es la muestra de imágenes, en el primer caso, la obtención de las mismas se realizaba en el buscador de internet, permitiendo que en cualquier momento de las sesiones se obtuviera la fotografía de aquellos conceptos que surgían de manera espontánea y que los pacientes fueran incapaces de evocar, se consideraría un refuerzo visual, se trabajó con un paciente.<sup>28</sup>

En el segundo caso, según Elizabeth Rochon<sup>26</sup>, de las cuatro tareas experimentales que propuso, en todas ellas el tiempo de respuesta y la precisión de la misma se registraron mediante el ordenador. Las imágenes se exponían en el ordenador junto a dos opciones de respuesta, entre las que el paciente tuvo que elegir para contestar. Esta forma de trabajar se llevó a cabo en dos pacientes.

Por último, como dice Hernández<sup>30</sup>, la forma de usar el ordenador consistió en presentar mediante un portátil HP 160 estímulos a cada participante para que decida si eran o no palabras, mediante la selección de respuestas de Sí o No presionando una tecla del ordenador. Para registrar el tiempo de reacción los porcentajes de error se usó el DMastrDirectX (DMDX). Esta forma de trabajar se llevó a cabo con dos pacientes.



Sin embargo, no solo se hace uso para la muestra de imágenes, sino que se crean dos programas informáticos<sup>6,7</sup> para trabajar específicamente la anomia.

Por un lado, se encuentra un programa informatizado que presenta dibujos de objetos simples en la pantalla del ordenador para que el paciente los nombre. Comprende varias categorías (conceptos generales, objetos comunes, pequeños utensilios, objetos de la casa, herramientas, prendas de vestir, alimentos, medios de transporte, juguetes y armas, partes del cuerpo, animales mamíferos y otros animales).

El programa está compuesto por 300 dibujos de objetos agrupados en 12 categorías mencionadas anteriormente, de 25 objetos cada una. La categoría es elegida por el paciente o por el logopeda, la imagen aparece y el paciente debe denominarlo, si es correcto se hace clic en el icono de “correcto”, si falla, se usan las claves, en concreto hay cinco, pero en el estudio muestran dos: semántica (cuatro palabras escritas que aparecen debajo del dibujo: una es la correcta, el resto distractores semánticos) y la fonológica (se le da al paciente la primera sílaba, después la segunda, etc.). En el caso de no responder correctamente en el primer momento, se da al icono de “siguiente”, en vez de al de “correcto”. Al final de la sesión aparecen todas las imágenes falladas<sup>5</sup>.

Cuenta con un refuerzo el cual consiste en que al pasar a la siguiente imagen, el programa emite el sonido de la palabra que se acaba de trabajar, cuando el paciente trabaja con el logopeda, no hace falta prestar atención pues será el logopeda quien diga el nombre del objeto para que el paciente lo repita, pero el programa permite la posibilidad de que el paciente trabaje solo en casa, entonces, en este caso será necesario que preste gran atención a la evocación de la palabra para comprobar si la ha denominado correctamente<sup>5</sup>. Se lleva a cabo con 8 pacientes.

Por otro lado, se ha desarrollado un programa para trabajar la anomia, cuyo nombre es CARP-2 y está dividido en tres etapas: pretratamiento, tratamiento y postratamiento. La primera etapa trata de una evaluación sin ayudas, donde se presentan los 200 ítems que contiene el programa de forma aleatoria para poder situar una línea base de cada paciente. El pretratamiento abarca 5 sesiones<sup>10</sup>.

Después, se encontraría la propia rehabilitación logopédica, se emplean los mismos estímulos de la evaluación, pero esta vez se incluyen ayudas cuando el paciente no logra nombrar la imagen propuesta en la pantalla, a partir de dos tipos de tareas diferentes: “objetos al aire” y “haz diana”<sup>10</sup>.

En la tarea “**objetos al aire**”, se presenta el estímulo a denominar por el paciente durante 25 segundos, si no lo consigue, el paciente dispondrá de cinco posibles ayudas (semántica, fonológica, mixta, tipo cloze o completamiento, y escrita). Se muestra cada misma ayuda como máximo tres veces. Esta actividad consta de 10 sesiones, en cada una de ella se trabajan en total de 20 estímulos, en concreto 5 estímulos de cuatro categorías diferentes. Al finalizar cada ítem y antes de proceder a uno nuevo, el ordenador emite la palabra trabajada con una voz digitalizada; el paciente debe repetir la palabra hasta cuatro veces, según la experiencia de los autores, este número de repeticiones se vincula a una mejor fijación en el lexicón de los patrones cognitivos necesarios para su posterior recuperación<sup>10</sup>.

La tarea **haz diana** cuenta con 40 imágenes de diferentes campos semánticos, de los cuales 20 son aquellos ítems que el paciente debe reconocer y denominar y los otros 20 se consideran elementos distractores. Al paciente se le muestran dos imágenes de diferente campo semántico (alimentos, prendas de vestir, partes del cuerpo, menaje o complemento del hogar), uno es el que se quiere trabajar y otro el distractor. El paciente tiene que reconocer y denominar el estímulo “diana” a partir de una definición semántica que el ordenador proporciona con una voz digitalizada. Si no denomina en los tres intentos, se utilizarán ayudas (fonológica, mixta, cloze y escrita)<sup>10</sup>.

Una vez que se finaliza el tratamiento, el mismo programa se utiliza en el post-tratamiento, se trata de una re-evaluación sin ayudas, debe denominar todas las imágenes que contiene el programa (previamente trabajadas) <sup>10</sup>. Se lleva a cabo con 10 pacientes.

Para concluir el uso de las TICs, se expone la forma de trabajar mediante el uso del Skype. El Skype es una aplicación tanto para teléfonos móviles como ordenadores en las que se pueden realizar llamadas de voz o bien videollamadas, las cuales dan posibilidad de ver a la persona a la vez que se habla con la misma.

“La telerehabilitación permite la continuidad del ciclo de toda rehabilitación incluyendo la educación, evaluación, intervención y consulta, y recientemente se ha convertido en un apoyo efectivo para proporcionar una atención de rehabilitación a pacientes dados de alta [...] estudios recientes han demostrado que el dar el alta temprana del hospital junto con un tratamiento en casa aumenta significativamente los resultados clínicos de los pacientes después del ACV, porque la reintegración temprana es positiva y mejora la calidad de vida”<sup>34</sup>.

Se considera un modelo apropiado en la Logopedia ya que ayuda a superar la dificultad en el acceso a tal servicio por la distancia, movilidad reducida o la falta de disponibilidad de profesionales en las zonas rurales o marginadas<sup>34</sup>.

En el artículo se muestra cómo hacen uso de las videollamadas; la dinámica consiste en que el logopeda dispone de tarjetas con imágenes, y va enfocando una a una hacia la cámara del ordenador para que el paciente pueda verla en su pantalla del ordenador, este debe denominar la imagen en cuestión, después el logopeda indicará si es correcta o no, denominándola él y pidiendo al sujeto que vuelva a repetirla<sup>13</sup>. Se puede observar que la forma de trabajo es la misma, pero sin ser presencial. Pero no todas las sesiones son mediante esta aplicación, son 8 de este modo y 8 de forma presencial. Se evaluó la existencia de una diferencia significativa entre las dos formas de trabajo, concluyendo que la telerehabilitación obtuvo un porcentaje un poco menor que la presencial, pero sin ser significativo<sup>34</sup>. Se llevó a cabo con 5 pacientes.

Con la rehabilitación logopédica, en definitiva, se pretende mejorar la calidad de vida del paciente, la anomia es un síntoma tan incapacitante puede llevar al paciente a un alto grado de frustración llegando al aislamiento social, la rehabilitación pretende impedirlo dotando al sujeto de una mejora en su denominación, dándoles la oportunidad de que su denominación y consigo su comunicación con los demás mejore. Y por ello, que se finalizan los resultados de la revisión presentando los datos positivos obtenidos tras una rehabilitación en la anomia, es decir, **su efectividad**.

Tal dato se encontró en 10 artículos (4,5,10,12,13,24,26,32,34,35). Se van a dividir en dos tipos de rehabilitaciones, haciendo distinción entre las que usaron las TICs y las que no.

En los artículos que previamente se explicaron sobre las TICs, son 4 <sup>(5,10,26,34)</sup> en los que se reflejan los resultados obtenidos con la rehabilitación, comprendiendo a 25 pacientes de los 28 con los que se usan las TICs, lo que supone en un 89,28% se refleja la efectividad.

En primer lugar, con el programa de ordenador descrito anteriormente en el que se daban dos claves, la semántica y la fonológica, la mejora fue significativa pasando de nombrar un 46% de los dibujos a un 68%, tanto para una clave como otra, no pudiendo establecer cuál es más eficaz pues depende de las características individuales de cada sujeto. Surge la necesidad de individualizar el tratamiento y ajustarse a las necesidades del paciente <sup>5</sup>. Las respuestas aumentaron un 22%.

En segundo lugar, se encuentra CARP-2, los resultados obtenidos permiten afirmar que es eficaz en el tratamiento de los déficits anómicos. Los pacientes afásicos evaluados y tratados alcanzan unos niveles medios de denominación significativamente mejores mostrándose más seguros en las tareas de denominación de fotografías y dibujos por confrontación, que antes del comienzo de la intervención. El porcentaje de respuestas correctas del grupo afásico en denominación tras el tratamiento tiende a acercarse a los niveles alcanzados por el grupo control<sup>10</sup>.

“En la última fase de tratamiento el grupo de pacientes afásicos alcanza unos niveles medios de respuestas correctas en denominación del 94,8% frente al 35,8% de antes de comenzar el tratamiento esto supone una mejora del 59%”<sup>10</sup>.

En tercer lugar, se encuentra una forma de obtención de datos diferentes al resto, se basa en la activación de distintas áreas corticales, observándose en un scanner. Se muestra la activación concretamente de la circunvolución frontal inferior y la circunvolución temporal media del hemisferio izquierdo. También se activa la parte superior del lóbulo parietal que se encuentra hacia el lóbulo occipital, es decir, el precúneo. En definitiva, se activan las áreas implicadas en la denominación (temporal y parietal)<sup>26</sup>.

Y, por último, retomando la telerehabilitación, se dividen los resultados comparando la rehabilitación mediante el Skype y la rehabilitación presencial.

Refiriéndose a la rehabilitación presencial, los sujetos antes de comenzar el tratamiento su porcentaje en la denominación era de 47.37% de respuestas

correctas que aumentan al 60.67% tras la intervención logopédica, lo que supone un 13.3% de mejora. Mientras que los sujetos que llevan a cabo su rehabilitación vía Skype, antes de comenzar dicha intervención su porcentaje de aciertos era 42.19% ascendiendo a 59.45%, lo que implica un 17.26% de mejora<sup>34</sup>.

Por lo tanto, se puede determinar que, en uso de las TICs, los mayores porcentajes de efectividad son los obtenidos con el programa CARP2. Pero no se hace alusión de la influencia de dicha mejora de la denominación en la vida del paciente. Sin embargo, a continuación, se exponen los artículos que no incluyen el uso de las TICs, son 4 <sup>(4,13,24,35)</sup>, sus resultados son muy dispares, además, los efectos en la calidad de vida de los pacientes se incluyen en solamente dos artículos. <sup>(4,12)</sup>.

De entrada, se encuentra una rehabilitación cuyas estrategias utilizadas fueron la expansión de vocabulario de trabajo, método de claves y guías de inducción de palabras, confrontación visual, evocación libre y comunicación espontánea.

Carrión y Álvarez dicen que “la eficacia del tratamiento logopédica es evidente, el paciente inició la rehabilitación con un 13% de respuestas correctas y de forma espontánea y tras el tratamiento el porcentaje ascendió hasta el 75%. Reduciendo las claves de inducción un 30% y las respuestas incorrectas un 19%. Incluso mejoró la comprensión. Todo ello hace posible que la comunicación por parte del paciente sea más fluida, aumentando su calidad de vida”<sup>4</sup>.

Seguidamente, se encuentra otro artículo en el que se muestra otro tratamiento el cual consistió en mostrar una imagen al paciente el cual debía decir un rasgo semántico de la palabra en cuestión, y después nombrarlo, si el paciente fallaba en tres ocasiones el logopeda proporcionaba la palabra<sup>13</sup>. Al principio pudieron nombrar el 85% de las imágenes de una categoría. Después del tratamiento ese porcentaje se mantenía, pero en vez de una sola categoría, en un mínimo de 10 categorías diferentes<sup>13</sup>.

Sin embargo, en la anomia semántica tratada por Ana Lucía Pérez Cachón se realizan tareas clásicas como por ejemplo asociación de antónimos y sinónimos, evocación del sentido de homónimos, las definiciones de palabras y categorización semántica. Más adelante, se incluyeron otras tareas semánticas como son la inclusión de vocablos y expresiones en contextos, tareas de estructuración de la recuperación de rasgos en definiciones entre otros<sup>24</sup>.

Los resultados de las evaluaciones durante y posteriores a la rehabilitación muestran una mejora en las actividades que implican al sistema semántico como un progreso al realizar juicios de sinonimia, al hacer asociaciones semánticas, la comprensión se perfecciona; y aumenta el ajuste del contenido del discurso. Esto se produce tanto en las sesiones como en la vida diaria dotando al paciente de un lenguaje más inteligible<sup>24</sup>.

En último lugar, se encuentra el caso de un sujeto con anomia fonológica expuesto a un tratamiento que integra la comprensión lectora, la lectura en voz alta, la repetición y la comprensión auditiva. A lo largo de las sesiones se refleja un progreso en cada una de las tareas demandadas, sobre todo en lo concerniente a la repetición y la comprensión oral. En la repetición se aumenta un 50% las respuestas correctas, pasando de la repetición de dos palabras al inicio del tratamiento hasta nueve al final del mismo. Por último, se muestra una evidente mejora en las tareas de comprensión oral, llegando al 100% de las respuestas correctas en las últimas cuatro sesiones<sup>35</sup>.

En cuanto al efecto que tiene la rehabilitación logopédica en la vida del paciente son escasos los datos proporcionados por los artículos.

La mejora más observable es la posibilidad de poder mantener una conversación que antes se veía limitada o impedida por la anomia, lo que trae consigo un aumento en los niveles de autoestima, satisfacción y esperanza<sup>4</sup>. Además de dotar al paciente de cierta autonomía en sus actividades diarias siendo más independiente en su día a día<sup>12</sup>.

## DISCUSIÓN

La anomia es un síntoma común en todos los tipos de afasia, se trata de una dificultad para encontrar las palabras que dependiendo del nivel cognitivo dañado da lugar a un tipo u otro, pero independientemente del tipo, la comunicación del paciente se ve afectada, lo que conlleva a la necesidad de una rehabilitación de su lenguaje; esta rehabilitación es papel del logopeda, aunque no parece tenerse muy en cuenta.

Se asemeja al fenómeno en la punta de la lengua que ocurre, en ocasiones, cuando una persona sana, sin patología, pretende evocar una palabra, pero no encuentra la palabra aun sabiendo lo que se quiere decir; a una persona sana le genera frustración, a una persona afásica, y aún más si es consciente de su alteración, la frustración puede dar paso a un aislamiento social. Por eso es muy importante que se reciba un tratamiento logopédico para rehabilitar tal síntoma.

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática centrada en cuatro objetivos puramente logopédicos sobre la anomia en pacientes afásicos, y algunos resultados puede que no resulten una sorpresa.

Para realizar dicho análisis y estudio se han escogido artículos en los que se incluyan casos clínicos sobre pacientes afásicos y se haga mención de la anomia, ya sea para evaluarla como para intervenirla, sin dar importancia al tipo de afasia ni de anomia.

En la recogida de datos sobre los artículos se determina, además, la fluidez verbal del paciente y la comprensión, pues son dos aspectos que influyen directamente en la denominación y evocación de palabras, determinando cómo puede ser el discurso del paciente y están muy ligados al tipo de anomia, pues que la comprensión se vea afectada puede hacer pensar que se trata de una anomia semántica relacionado un daño en el sistema semántico pero no puede determinarse oficialmente pues en los resultados se muestra algún caso de pacientes cuya comprensión está afectada y no presentan ese tipo de anomia<sup>(7,17,19,35)</sup>. Así como su fluidez, pues si un discurso oral es fluente se podría descartar la anomia semántica, pues al no entender los significados se produce un bloqueo que apenas genera una emisión considerada discurso, en cambio, si el paciente dota de fluidez puede estar muy ligada a una

anomia fonológica pues conocen los significados, acceden a la etiqueta oral y emiten la palabra; pero al igual que con la comprensión no es algo que se pueda generalizar, pero son aspectos que se han de tener en cuenta con la anomia.

Tras la lectura de los artículos se pueden observar numerosas evaluaciones, las cuales son muy necesarias para establecer el tipo de anomia con la que cursa el paciente y así poder realizar una rehabilitación correcta.

Pero no todas las evaluaciones incluyen una rehabilitación ni una propuesta de intervención, entonces, ¿para qué sirven los resultados extraídos de una prueba de denominación si no se procede a rehabilitar? es un aspecto que se ha echado en falta. No solo eso, en numerosas evaluaciones no explican los resultados, ni determinan el tipo de anomia que presentan los pacientes entonces, ¿si no se sabe el tipo de anomia, ¿cómo se va a saber cuáles son las tareas a realizar por el logopeda?

Con ello surge aspecto importante y es que no siempre se expone en el artículo el profesional que lleva a cabo la evaluación, pero surgen dos profesionales, el logopeda, como era de esperar, y el neuropsicólogo, en varias ocasiones, ¿comparten áreas de trabajo? ¿se debería delimitar cada disciplina científica?

La neuropsicología es la especialidad de la psicología que estudia las relaciones entre funciones cognitivas y estructuras y procesos cerebrales. La alta prevalencia de los trastornos neurológicos (daño cerebral adquirido, demencias, trastornos del desarrollo, etc.) hace que la presencia de los neuropsicólogos en distintos recursos asistenciales se haya incrementado en los últimos años. Entre sus funciones principales se encuentran la de evaluar pacientes y diseñar y llevar a cabo programas de rehabilitación neuropsicológica<sup>40</sup>. En cambio, la logopedia es una disciplina sanitaria que se encarga de prevenir, evaluar, diagnosticar y rehabilitar los posibles trastornos, problemas o disfunciones del lenguaje, el habla, la voz, la audición y la deglución en personas de cualquier edad.

El lenguaje es una función cognitiva por lo que también puede ser trabajada por el neuropsicólogo, sin embargo, el logopeda es el profesional que solamente se centra en esa función cognitiva directamente, aunque de forma transversal trabaje el resto en las rehabilitaciones; a diferencia del neuropsicólogo que abarca todas las funciones cognitivas. Se hace evidente la necesidad de un equipo interdisciplinar



delimitando el papel de cada profesional y las áreas a trabajar por cada uno; evitando así que más de un profesional trabaje lo mismo durante la rehabilitación.

La presencia de anomia en un afásico ya es sinónimo de precisar una rehabilitación logopédica, pues es un síntoma que impide que los pacientes se expresen correctamente, ellos sienten mucha frustración lo que trae consigo una disminución de su autoestima, vergüenza por no ser entendidos, cursando con una valoración personal negativa<sup>12</sup>.

Tras la lectura y análisis de la literatura seleccionada se aprecia que es muy pequeño el porcentaje de pacientes que son derivados al servicio de la logopedia (39,77%), por lo que se debería dar a conocer la misma, pues una característica tan incapacitante para los pacientes no debe dejarse obviar. Además, un aspecto a resaltar en algunos de los artículos es que se hace la descripción de una rehabilitación logopédica, pero no menciona en ningún momento que pertenece al campo de la Logopedia, lo cual, si se pretende darse a conocer y tener más en cuenta a los logopedas sería conveniente que en los artículos se hiciera mención y no referirse a ella solo como una mera terapia del lenguaje sin determinar quién se encarga de ello.

Tan pequeño es el porcentaje de derivaciones como el número de seguimientos tras la finalización de la rehabilitación (28,56%), lo cual puede llegar a carecer de sentido, pues toda rehabilitación conlleva su seguimiento para comprobar si el paciente ha sido capaz de extrapolar lo aprendido y rehabilitado en la intervención y comprobar que la intervención ha sido eficaz y funcional, de no ser así se debería proceder a una nueva intervención.

En relación con las intervenciones, surge la necesidad de adaptarlas a las características del paciente. Lo primero que se debe de hacer con estos pacientes es someterlos a una buena evaluación con la que se pueda determinar el tipo de anomia que presentan, con el fin de poder llevar a cabo una rehabilitación eficaz trabajando las tareas que les resultan más problemáticas. No solo consiste en presentar al paciente una imagen y que el denomine, no, dependiendo de su nivel dañado cometerá unos errores y tendrá dificultades en determinadas tareas que son las que se deben trabajar.

En relación con las tareas que se realizan en la rehabilitación logopédica, muchas son consideradas tradicionales o clásicas, en las que se utilizan láminas de imágenes a denominar, en definitiva, tareas en papel, por ello, surge la necesidad de ver cuánta importancia se da al uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), pueden hacer más amenas y vistosas las actividades. Existen programas destinados exclusivamente para trabajar la anomia, diferentes entre ellos, pero igual de válidos, ofreciendo ayudas en la denominación y sistemas de registro que facilitan la labor al logopeda, permitiéndole estar más atento a las respuestas del paciente.

El ordenador es una valiosa herramienta que permite administrar de una manera muy eficaz los programas de rehabilitación y pueden, por ello, constituir una excelente ayuda para los logopedas en la rehabilitación del lenguaje. Incluso algunos pacientes, después de un entrenamiento adecuado pueden trabajar solos en su propia rehabilitación, lo que les produce un sentimiento de independencia y mejora de su autoestima. Disminuyendo la frustración y su posible tendencia al aislamiento social<sup>5</sup>.

El efecto positivo en los pacientes con el uso de las TICs se ha reflejado en el trabajo, utilizar una aplicación dirigida y creada exclusivamente para la anomia, CARP-2<sup>10</sup>, es de los tratamientos que mayor porcentaje de resultados ha conseguido, pero puede que no sea conocida así que, de nuevo, se hace necesaria la divulgación de programas informáticos exclusivos para la anomia, así como incitar a los profesionales a desarrollar otras aplicaciones que aumenten su efectividad, mejorando las ya existentes.

Pero no por ello, las sesiones han de basarse en programas informáticos dejando a un lado las sesiones tradicionales, se debe de combinar, innovar, a lo largo del tratamiento, siempre y cuando sea posible en función de las características individuales de cada sujeto.

Tanto una rehabilitación tradicional como una en la que se hace uso de las TICs se puede observar la efectividad y el resultado que tiene en el paciente, destacando de nuevo el programa CARP-2 el cual consigue un mayor porcentaje de efectividad (59%)<sup>10</sup> y aquellos que no utilizan la informática que también consiguen grandes

efectos (45%)<sup>4</sup> pero no solo en la denominación del paciente, sino en su estado de ánimo, aspecto vital para conseguir una buena rehabilitación.

Con todo lo mencionado hasta el momento se concluye que es necesario hacer más visible el papel del logopeda y la importancia de las rehabilitaciones, en concreto, rehabilitar la anomia en un paciente, lo que a una persona sana le ocurre en determinadas situaciones (estrés, nervios, cansancio,...) denominado el fenómeno de en la punta de la lengua, ya resulta molesto, hay que ponerse en la piel de la persona a la que le sucede continuamente, cómo debe sentirse, además de la reacción que pueden tener los interlocutores de tomar una actitud de intentar decir la palabra que la propia persona no puede en ese momento con la intención de ayudar, generando más frustración a la persona.

Haciendo más visible al profesional de la Logopedia, así como las patologías que trabaja favorecería a la actuación de la población ante las patologías facilitando así la comunicación con ellas.

## CONCLUSIONES

Tras llevar a cabo una revisión de 33 artículos, plantear unos objetivos a conseguir mediante la búsqueda de información y el análisis de la misma, recogida en la tabla, se llega a unas conclusiones, algunas de ellas más esperadas que otras, pero todas implican el escaso papel del logopeda en el tratamiento de la anomia.

Dichas conclusiones son las siguientes:

1. La escasa importancia dada a la rehabilitación logopédica en el tratamiento de la anomia. La derivación al servicio de logopedia no engloba ni a la mitad de los pacientes estudiados solo al 39,77%.
2. Se realizan excesivas evaluaciones a pacientes con anomia sin plantear una posterior intervención logopédica.
3. Poca visibilidad al profesional de la logopedia, pues son escasos los artículos que mencionan que la evaluación y la intervención en la anomia es tarea del logopeda.
4. Se observa una comparación entre un logopeda y un neuropsicólogo, pues algunas de las evaluaciones y de las intervenciones, no detalladas en los resultados, las llevan a cabo neuropsicólogos. Surge la necesidad de determinar el trabajo de cada profesional.
5. Teniendo en cuenta el reducido porcentaje de pacientes derivados al servicio de logopedia, se disminuye más al hablar de la existencia de un seguimiento, representando al 28,56% de pacientes que reciben tratamiento logopédico.
6. Escaso uso de las TICs en la intervención logopédica (40%). Se debe dar más importancia a la inclusión de las tecnologías en las sesiones, aumentan la iniciativa y participación de los pacientes. Además, es necesario mayor difusión de programas tan específicos como el CARP-2.
7. Necesidad de una rehabilitación logopédica pues se refleja la mejora en la calidad de vida de los pacientes, así como un aumento en su autoestima al darse cuenta de una mejora en su denominación.
8. Se precisa una perfecta evaluación del paciente para saber qué tipo de anomia presenta, así como sus déficits y necesidades para poder adaptar la intervención y conseguir mayores logros.

9. Poca precisión en el tipo de anomia que presentan los pacientes, la cual es imprescindible saber para lograr una adecuada intervención. En numerosos artículos se ha tenido que analizar los datos de test, así como transcripciones y determinar dónde se encontraban los errores en la denominación para poder establecer el tipo de anomia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Vega FC. Anomia: la dificultad para recordar las palabras.: TEA Ediciones; 2003.
- <sup>2</sup> Dorta WM, Sosvilla IS. La afasia. Características comunicativas para la intervención enfermera. ENE, Revista de Enfermería 2012;6(3).
- <sup>3</sup> Vendrell, J.M. Las afasias: semiología y tipos clínicos. REVNEUROL. 2001; 32(10): 980-986.
- <sup>4</sup> Carrión JL, Álvarez FV. Efectos de la recuperación de un paciente cerebrovascular con afasia anómica. Revista española de neuropsicología 2000;2(4):21-29
- <sup>5</sup> Vega FC. Rehabilitación de la anomia mediante un programa informático. Revista española de neuropsicología 2003;5(3):199-211.
- <sup>6</sup> Rojas LQ, Solovieva Y. Afasia acústico-mnésica: estudio de caso. Revista española de neuropsicología 2005;7(1):17-34.
- <sup>7</sup> Serrano C, Martelli M, Harris P, Tufró G, Ranalli C, Taragano F, et al. Afasia progresiva primaria: variabilidad clínica. Análisis de 15 casos. Rev Neurol 2005;41(9):527-533.
- <sup>8</sup> Renvall K, Laine M, Martin N. Contextual priming in semantic anomia: a case study. Brain Lang 2005 Nov;95(2):327-341.
- <sup>9</sup> Fernández-Turrado T, Tejero-Juste C, Santos-Lasaosa S, Pérez-Lázaro C, Piñol-Ripoll G, Mostacero-Miguel E, et al. Lenguaje y deterioro cognitivo: un estudio semiológico en denominación visual. Rev Neurol 2006;42(10):578-583.
- <sup>10</sup> Adrián J, González M, Buiza J, Arroyo E. Rehabilitación neurocognitiva de los déficit de denominación en pacientes con afasia: efectividad de un programa asistido por ordenador. Mapfre Medicina 2006;17(3):216-233.
- <sup>11</sup> Wilson M, Romasello N, Pazgón E, Martínez M. Parecido no es igual: perfiles de desempeño de pacientes con demencia y afasia en tareas semánticas. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires; 2006.
- <sup>12</sup> Fernández LC, Vega FC. La rehabilitación de la anomia desde una perspectiva multidimensional. Revista de logopedia, foniatría y audiolología 2006;26(2):101-114.

- <sup>13</sup> Nadeau SE, Kendall DL. Significance and possible mechanisms underlying generalization in aphasia therapy: Semantic treatment of anomia. *Brain Lang* 2006;99(1):10-11.
- <sup>14</sup> Gallardo-Paúls B, Moreno-Campos V. Evolución de la pragmática en un caso de afasia de Broca severa. *Revista de logopedia, foniatría y audiología* 2006;26(4):188-203.
- <sup>15</sup> González R, Vásquez C, Venegas P, Behrens MI, Donoso A, Massardo T. Afasia progresiva fluente: ¿ Una forma de presentación inicial de demencia semántica? *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2007;45(1):43-50.
- <sup>16</sup> Cuetos-Vega F, Domínguez A, Baauw S, Berthier-Torres ML. Disociación entre pacientes agramáticos y anómicos en la producción de formas verbales. *Rev Neurol* 2007;44:203-208.
- <sup>17</sup> Cachón AP. Evaluación del discurso narrativo en pacientes con daño cerebral leve. *Acción psicológica* 2007;4(3):61-72.
- <sup>18</sup> Introzzi IM, López Ramon M, Canet Juric L. Déficit de categoría gramatical específica: análisis de un caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 2007;10(3).
- <sup>19</sup> Ardila AA. Anomia Disociada en un Bilingüe Tardío con Mejor Conservación de L2. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 2008;8(2):91-95.
- <sup>20</sup> Nosti MG, Ferreiro JR, Vega FC. Variabilidad en los errores semánticos producidos por pacientes con daño cerebral. *Psicothema* 2008;20(4):795-800.
- <sup>21</sup> Puertas-Martín V, Agüera-Ortiz L, Villarejo-Galende A, Rodríguez-Rodríguez C, Bermejo-Pareja F. Una mujer de pocas palabras: afasia progresiva primaria, variante logopénica. *Psicogeriatría*. 2009;1 (4):243-247.
- <sup>22</sup> Munarriz A, Ezeizabarrena MJ. Parafasias fonológicas en el habla de un bilingüe adulto. *Applied Linguistics Now: Understanding Language and Mind. La Lingüística aplicada actual: comprendiendo el lenguaje y la mente. Universidad de Almería;* 2009: 877-888.

- <sup>23</sup> Cuetos F, González-Nosti M, Sánchez N, Griffith H, Cabezas C, García P, et al. Tipos de trastornos anómicos en las afasias. *Revista de logopedia, foniatría y audiología* 2010;30(2):94-99.
- <sup>24</sup> Cachón ALP. Rehabilitación de la alteración semántica en daño cerebral adquirido: caso clínico. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 2010;30(2):106-111.
- <sup>25</sup> Shankweiler D, Palumbo LC, Fulbright RK, Mencl WE, Van Dyke J, Kollia B, et al. Testing the limits of language production in long-term survivors of major stroke: A psycholinguistic and anatomic study. *Aphasiology* 2010;24(11):1455-1485.
- <sup>26</sup> Rochon E, Leonard C, Burianova H, Laird L, Soros P, Graham S, et al. Neural changes after phonological treatment for anomia: An fMRI study. *Brain Lang* 2010 Sep;114(3):164-179.
- <sup>27</sup> Sage K, Snell C, Lambon Ralph MA. How intensive does anomia therapy for people with aphasia need to be? *Neuropsychol Rehabil* 2011 Jan;21(1):26-41.
- <sup>28</sup> Ciria SB, Gascón MC, Pueyo JO, Valero CP. Dificultades en la afasia progresiva primaria. A propósito de un caso. *Boletín de AELFA* 2011;11(1):21-25.
- <sup>29</sup> Aguilar Mejía OM, Enrique Berbeo Calderón M. Afasia de conducción como consecuencia de un astrocitoma anaplásico parieto-temporo-occipital izquierdo: estudio de caso. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia* 2011;10(1):163-173.
- <sup>30</sup> Jaramillo JH, Calderón AA, Rincón JR. Efecto de la frecuencia léxica y silábica en afasia anómica. *Revista Ciencias de la Salud* 2012;10(3):337-346.
- <sup>31</sup> Baeza S, Bustos C, Ovando P. Afasia logopénica: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2012;50(3):166-173.
- <sup>32</sup> Best W, Greenwood A, Grassly J, Herbert R, Hickin J, Howard D. Aphasia rehabilitation: does generalisation from anomia therapy occur and is it predictable? A case series study. *Cortex* 2013 Oct;49(9):2345-2357.
- <sup>33</sup> Menéndez RB. Habilidades cognitivas, lenguaje y razonamiento tras accidente cerebrovascular. *Eikasia: revista de filosofía* 2014(55):253-262.
- <sup>34</sup> Agostini M, Garzon M, Benavides-Varela S, De Pellegrin S, Bencini G, Rossi G, et al. Telerehabilitation in poststroke anomia. *Biomed Res Int* 2014:706-909.



<sup>35</sup> de la Huerga, NM, Diéguez-Vide F, Grau JE, Rovira TR. Eficacia del tratamiento para la afasia de Wernicke en pacientes con sintomatología grave. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología 2015;35(3):123-133.

<sup>36</sup> Vélez PA, Lenis JP. Competencia comunicativa y lingüística en la afasia transcortical motora y afasia de Broca. Ciencia & Salud 2015;3(12):11-21

<sup>37</sup> Ardila A. Las afasias.: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades; 2005.

<sup>38</sup> Belloch C. Recursos tecnológicos (TIC). Valencia, España: Universidad de Valencia, Unidad de Tecnología Educativa. Disponible en: <http://www.uv.es/bellochc/logopedia/NRTLogo1.pdf> 2001.

<sup>39</sup> Belloch C. Los recursos tecnológicos en logopedia. Valencia, España: Universidad de Valencia, Unidad de Tecnología Educativa. Disponible en: <http://www.uv.es/bellochc/pdf/NRTLogo1.pdf>

<sup>40</sup> Lago MR, de Noreña D. El papel del neuropsicólogo. Acción psicológica 2007;4(3):9-15.