

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



**ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA AL QUECHUA SUREÑO DE
LA BATERÍA BEDSIDE DE LENGUAJE Y SU APLICACIÓN
PRÁCTICA A CUATRO CASOS DE AFASIA**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN
FONOAUDIOLOGÍA CON MENCIÓN EN TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES

AUTORES

Alexandra María Aguirre Camacho
Melissa Violeta Duharte Peredo

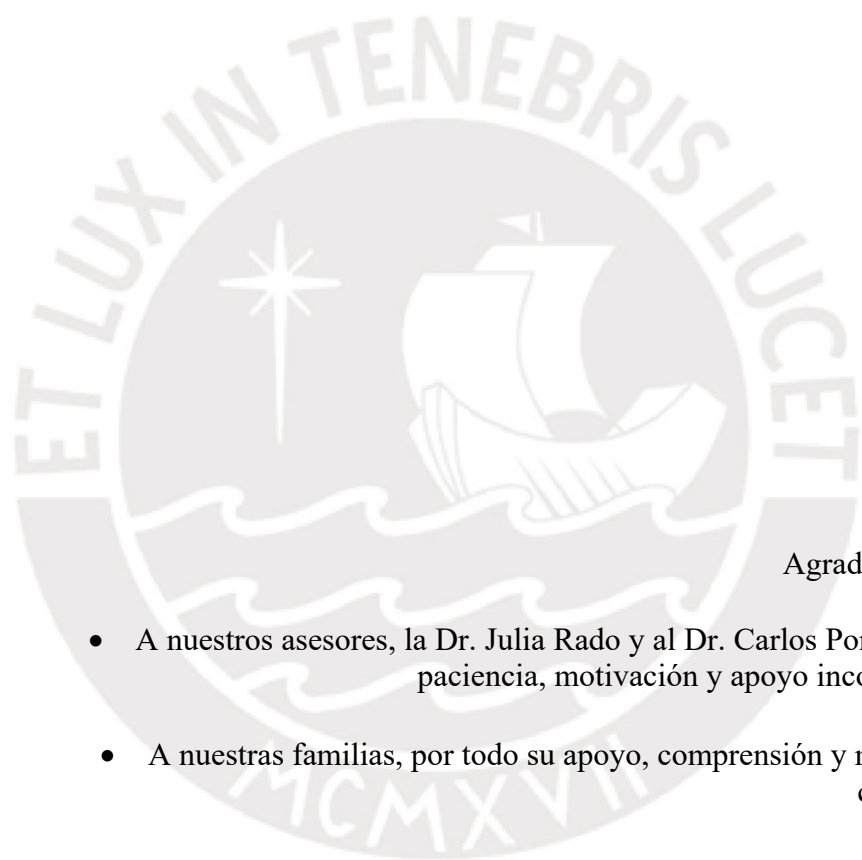
ASESORES

Dr. Carlos Ramón Ponce Díaz
Dra. Julia Esther Rado Triveño

Octubre, 2018



**ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA AL QUECHUA SUREÑO DE
LA BATERÍA BEDSIDE
DE LENGUAJE Y SU APLICACIÓN PRÁCTICA A CUATRO
CASOS DE AFASIA**



Agradecimiento:

- A nuestros asesores, la Dr. Julia Rado y al Dr. Carlos Ponce, por su paciencia, motivación y apoyo incondicional.
- A nuestras familias, por todo su apoyo, comprensión y motivación constantes.

ÍNDICE

RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Importancia y justificación	3
1.4. Objetivos del estudio	3
1.4.1. Objetivo general	3
1.4.2. Objetivos específicos	4
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	5
2.1. Antecedentes.....	5
2.1.1. Nacionales	5
2.1.2. Internacionales.....	8
2.2. Marco teórico-conceptual	10
2.2.1. El quechua	10
2.2.1.1. Aspectos conceptuales.....	10
2.2.1.2. Aspecto estadístico del uso actual del quechua	11
2.2.2. La Afasia	14
2.2.2.1. Definición	14
2.2.2.2. Clasificación de la Afasia	16
2.2.2.3. Test para Afasia	20

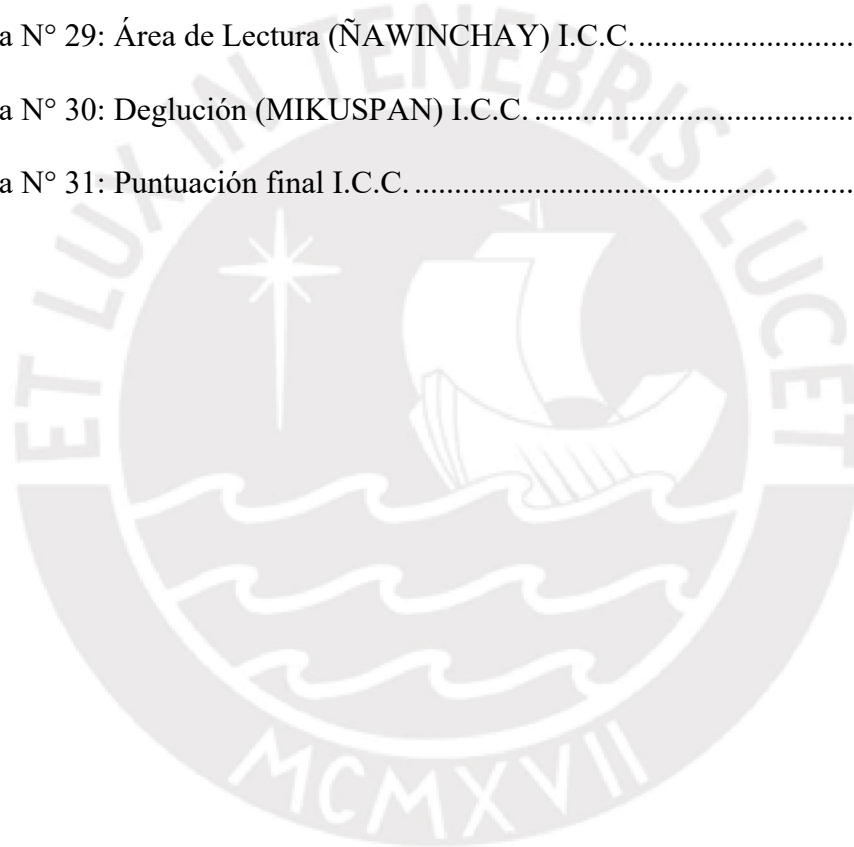
2.2.2.3.1. Test de Boston.....	20
2.2.2.3.2. Beta, Bateria para la evaluación de los trastornos afásicos	20
2.2.2.3.3. Test de Barcelona.....	21
2.2.2.3.4. Evaluación del procesamiento lingüístico de la afasia EPLA	22
2.2.2.3.5. Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)	23
2.2.2.3.6. Bateria de Afasias Western (BAW).....	23
2.2.2.3.7. Prueba Bilingüe de Afasia (BAT).....	24
2.2.3. Adaptación de Instrumentos	25
2.2.3.1. Aspectos teóricos conceptuales de la adaptación de instrumentos.....	25
2.2.3.2. Desarrollo y adaptación del instrumento	26
2.2.3.3. Aplicación.....	26
2.2.3.4. Documentación e interpretación de las puntuaciones.....	27
2.3. Definición de conceptos	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	30
3.1. Tipo de investigación	30
3.2. Diseño de la investigación	31
3.3. Participantes	31
3.4. Técnicas e instrumentos.....	32
3.4.1. La observación.....	32
3.4.2. Bateria Bedside de lenguaje, adaptada al quechua	32
3.5. Procedimiento.....	33

3.5.1. Procedimiento de recolección de datos	33
3.5.2. Redacción de nuevos ítems	34
3.5.3. Muestra	34
3.5.4. Aplicación y análisis de la versión definitiva de la Batería Bedside de lenguaje.....	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	36
4.1. Resultado de la adaptación de la Batería Bedside de lenguaje al quechua sureño.....	36
4.2. Análisis de casos.....	38
4.2.1. Caso N° 1	38
4.2.2. Caso N° 2	46
4.2.3. Caso N° 3	54
4.2.4. Caso N° 4	62
4.3. Discusión y análisis de datos.....	75
4.3.1. Discusión	75
4.3.2. Análisis de datos.....	76
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	78
5.1. Conclusiones.....	78
5.2. Sugerencias	79
REFERENCIAS	80
ANEXOS	85

ÍNDICE DE TABLA

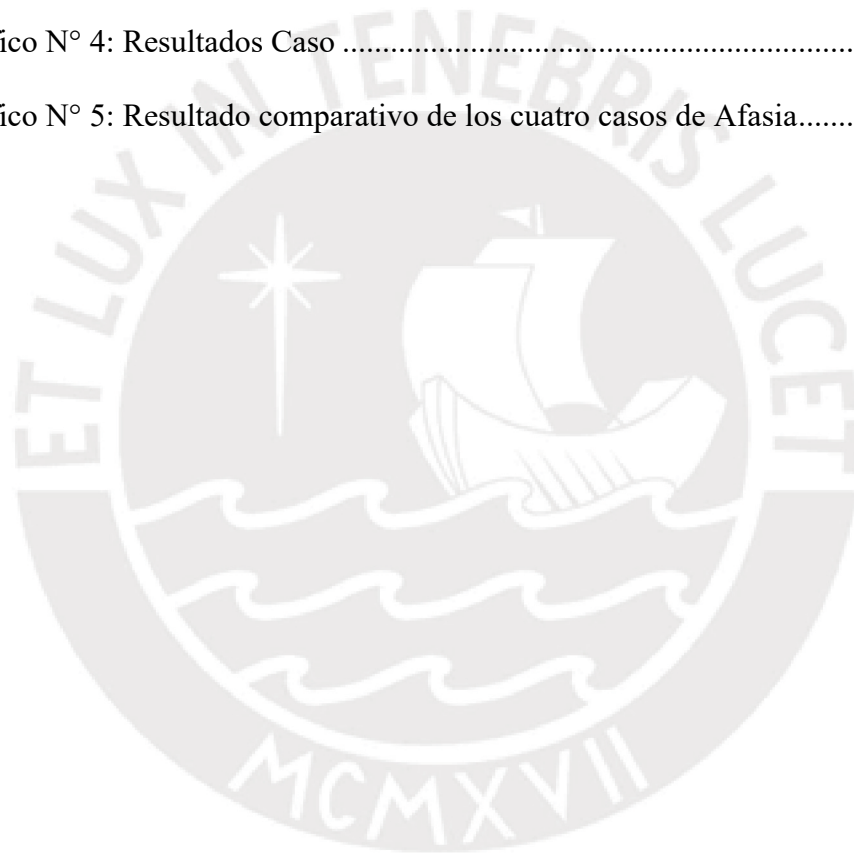
Tabla N° 1: Principales dicotomías señaladas en la literatura para distinguir las dos grandes variantes de la Afasia.....	17
Tabla N° 2: Clasificación de los trastornos afásicos.....	19
Tabla N° 3: Criterio de jueces.....	37
Tabla N° 4: Área de Lenguaje Espontáneo (RIMAYLLA) I.R.R.....	39
Tabla N° 5: Área Comprensión Oral (UYARISPA) I.R.R.	40
Tabla N° 6: Área Repetición (YACHAPAYANAPAQ) I.R.R.....	41
Tabla N° 7: Área Escritura (QILLQAY) I.R.R.....	42
Tabla N° 8: Área Lectura (ÑAWINCHAY) I.R.R.....	43
Tabla N° 9: Deglución (MIKUSPAN) I.R.R.	44
Tabla N° 10: Puntuación final I.R.R.	45
Tabla N° 11: Área de Lenguaje Espontáneo (RIMAYLLA) E.P.R.....	47
Tabla N° 12: Área Comprensión Oral (UYARISPA) E.P.R.....	48
Tabla N° 13: Área Repetición (YACHAPAYANAPAQ) E.P.R.	49
Tabla N° 14: Área Escritura (QILLQAY) E.P.R.	50
Tabla N° 15: Área de Lectura (ÑAWINCHAY) E.P.R.	51
Tabla N° 16: Deglución (MIKUSPAN) E.P.R.	52
Tabla N° 17: Puntuación final E.P.R.	53
Tabla N° 18: Área de Lenguaje Espontáneo (RIMAYLLA) R.Q.C.....	55
Tabla N° 19: Área de Comprensión Oral (UYARISPA) R.Q.C.....	56
Tabla N° 20: Área de Repetición (YACHAPAYANAPAQ) R.Q.C.	57
Tabla N° 21: Área de Escritura (QILLQAY) R.Q.C.	58

Tabla N° 22: Área de Lectura (ÑAWINCHAY) R.Q.C.	59
Tabla N° 23: Deglución (MIKUSPAN) R.Q.C.....	60
Tabla N° 24: Puntuación final R.Q.C.	61
Tabla N° 25: Área de Lenguaje Espontáneo (RIMAYLLA) I.C.C.....	63
Tabla N° 26: Área de Comprensión Oral (UYARISPA) I.C.C.	64
Tabla N° 27: Área de Repetición (YACHAPAYANAPAQ) I.C.C.....	65
Tabla N° 28: Área de Escritura (QILLQAY) I.C.C.....	66
Tabla N° 29: Área de Lectura (ÑAWINCHAY) I.C.C.....	67
Tabla N° 30: Deglución (MIKUSPAN) I.C.C.	68
Tabla N° 31: Puntuación final I.C.C.....	69



ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico N° 1: Resultados - Caso 1	70
Gráfico N° 2: Resultados Caso 2	71
Gráfico N° 3: Resultados Caso 3	72
Gráfico N° 4: Resultados Caso	73
Gráfico N° 5: Resultado comparativo de los cuatro casos de Afasia.....	74



RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo fundamental lograr la adaptación de la Batería Bedside de lenguaje al quechua sureño, para su aplicación en pacientes afásicos quechuahablantes. Este instrumento tiene como finalidad la detección de afasia en personas quechuahablantes a causa de una lesión cerebral, esta batería evalúa cinco dominios, los cuales han tenido previas adaptaciones para conseguir su correcta traducción, estas fueron realizadas con traductores acreditados. La población a la cual se aplicó la prueba para verificar su correcta traducción, estuvo conformada por 372 quechuahablantes. Luego realizamos la aplicación a 4 casos de pacientes afásicos, ratificando así su diagnóstico previo. Los resultados indican que la prueba es entendible en la totalidad de sus ítems, pues ninguno de los dominios traducidos fue observado por el criterio de jueces. Es así que dejamos el instrumento listo para su aplicación en pacientes afásicos quechuahablantes.

Palabras Clave: Afasia, Batería Bedside de lenguaje, quechua, Adaptación lingüística.

ABSTRACT

The fundamental purpose of this study is to fully translate the Bedside language battery to Southern Quechua, for its application on Quechua-speaking aphasic patients.

The goal of this document is to achieve aphasia detection in Quechua-speakers with brain injuries. This battery evaluates five fields, which were adapted in order to achieve a correct translation, which was carried out by professional, government-authorized translators.

In order to verify the fidelity of this translation, the test was given to a total of 372 Quechua-speakers. Afterwards, we tested four Quechua-speaking aphasic patients, obtaining the same results as their previous diagnostics.

The results prove that the test is intelligible in its entirety, since none of the translated fields were scrutinized by the judges. Therefore, we make this instrument available for its application on Quechua-speaking aphasic patients.

Key Words: Aphasia, Bedside language battery, Quechua, Linguistic Adaptation.

INTRODUCCIÓN

La investigación que se presenta es el resultado de varias reflexiones acerca de cómo se atiende a los pacientes quechuahablantes en nuestro país, el 16.6% de nuestros habitantes son quechuahablantes, es por ello que el objetivo del presente estudio fue lograr la adaptación lingüística al quechua sureño de la Batería Bedside de lenguaje, para poder brindarles un diagnóstico y tratamiento adecuados; así poder ofrecerles calidad de vida a estas personas que sufren un traumatismo encéfalo craneano o producto de un accidente cerebro vascular que son las causas más recientes de la Afasia (trastorno adquirido que daña la capacidad innata de las personas para entender y expresarse).

En nuestro país no contamos con instrumentos en quechua que evalúen este tipo de trastornos, por tal motivo, como grupo, nos propusimos realizar la adaptación lingüística de dicho instrumento de despistaje al quechua sureño para la detección de trastornos afásicos en sus diversas fases. La Batería Bedside de lenguaje, es una batería de rápida aplicación que se encarga de evaluar cinco dominios lingüísticos: lenguaje espontáneo, comprensión, repetición, lectura y escritura.

En cada capítulo de nuestro trabajo de investigación, fundamentaremos la adaptación de la Batería Bedside del lenguaje al quechua sureño, como un instrumento nuevo para la detección de Afasia en pacientes que presenten una lesión cerebral.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Todas las personas tenemos la capacidad de utilizar el lenguaje para hablar y comunicarnos, de esta manera expresamos todo aquello que sentimos y pensamos. Buscamos a través del lenguaje encontrar las palabras adecuadas, organizarlas y así comprender lo que nos dicen, leemos y escribimos; es así que gesticular es parte del uso del lenguaje. Según Chomsky (2004-2010), gracias a esta capacidad innata para el habla, logramos aprender y asimilar estructuras comunicativas y lingüísticas.

Cuando ocurre un daño cerebral, uno o más componentes del lenguaje dejan de funcionar correctamente, es así como se presenta la Afasia.

La Afasia, es una alteración en la capacidad para utilizar el lenguaje (Bein y Ovcharova, 1970), significa que una persona ha perdido la capacidad para decir lo que quiere decir y no es capaz de utilizar más el lenguaje. La gente que sufre el

mal experimenta este tipo de problemas todos los días. Por lo tanto, podemos decir que la Afasia es un trastorno del lenguaje, esta se presenta de diferente manera para cada persona. La gravedad y alcance dependen, de la localización y la gravedad de la lesión cerebral que presente cada paciente, la competencia lingüística anterior, y la personalidad de cada uno. Algunas personas con este mal comprenden bien el lenguaje, pero tienen problemas para encontrar las palabras adecuadas para expresarse o construir oraciones o frases. Otros, en cambio, hablan mucho pero nos es difícil de entenderlos; estas personas a menudo tienen problemas para comprender el lenguaje. La competencia lingüística en la mayoría de casos de personas con Afasia se encuentra entre estos dos extremos.

Para detectar la Afasia, existen varias pruebas creadas, dirigidas a diversas realidades socioculturales, las cuales evalúan y permiten llegar a un diagnóstico oportuno para brindar un mejor tratamiento al paciente. Pero hasta ahora no existe instrumento alguno que nos ayude en la evaluación de pacientes afásicos quechuahablantes, como los que tenemos en nuestro país. Por esta causa, como grupo nos planteamos la posibilidad de adaptar lingüísticamente la Batería Bedside de lenguaje para una realidad diferente a la que fue creada. Según el censo del Instituto Nacional de Informática (INEI), en el año 2007 se registraron 4'045.713 de personas cuya lengua materna originaria es el quechua, de esto podemos deducir que contamos con una población de un 16.6% cuya lengua materna es el quechua en nuestro país.

1.2. Formulación del problema

¿Será factible la adaptación lingüística de la Batería Bedside de lenguaje al quechua sureño para su uso?

1.3. Importancia y justificación

En lo metodológico, nuestra investigación responde a una necesidad de adaptar lingüística y culturalmente una prueba corta, como es la Batería Bedside de lenguaje a una realidad diferente para la que fue creada. Esto permitiría ampliar el bagaje psicométrico especializado.

En lo profesional, se justifica pues estaríamos dotando de nuevos instrumentos para atender a grupos poblacionales haciendo uso de su propio lenguaje.

Asimismo, al no existir instrumentos adaptados al quechua, con este estudio podemos facilitar un instrumento que permita a pacientes afásicos quechuahablantes ser diagnosticados oportunamente.

1.4. Objetivos del estudio

1.4.1. Objetivo general

Demostrar la adaptación lingüística realizada a la Batería Bedside de lenguaje al quechua sureño en cuatro casos de pacientes afásicos quechuahablantes.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar la adaptación del instrumento para una correcta comprensión de la población quechuahablante.
- Analizar cualitativamente los resultados de la traducción realizada a la Batería Bedside de lenguaje en cuatro casos de pacientes quechuahablantes, para lograr obtener un adecuado diagnóstico en estos pacientes.
- Aportar la traducción de la Batería Bedside de lenguaje, como primer instrumento de evaluación de Afasia en el Perú.





CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes

2.1.1. Nacionales

Sinacay, E. (2013) en “Descripción de marcadores del discurso de hablantes con Afasia fluente: anómica, de conducción y de Wernicke”, realizó un estudio cualitativo, evaluando las características del discurso durante el habla espontánea de cuatro pacientes con Afasia. Se utilizó el Test de Boston para recolectar los datos haciendo hincapié en los marcadores del discurso. Luego del análisis de cada paciente se llegó a la conclusión de que el tipo de Afasia representa un factor determinante para la utilización de los marcadores del discurso durante el habla espontánea. Del mismo modo se demostró que existen

diferencias en el uso de marcadores, inclusive en pacientes que presentan el mismo tipo de enfermedad.

También se observó que en pacientes con Afasia de Wernicke estos elementos lingüísticos son limitados durante una conversación.

Quintana & Gensollen (2012), en “Adaptación de la Batería Bedside de lenguaje para la evaluación de afasia”, realizaron un estudio para adaptar la Batería Bedside de lenguaje en pacientes afásicos que se atienden en hospitales de Lima y Callao.

Trabajaron con una muestra de 100 pacientes afásicos entre 18 y 89 años, los cuales se encontraban entre los 0 a 2 años tras haber sufrido el daño cerebral. Estos pacientes acudieron al Instituto Nacional de Rehabilitación del Callao, el Hospital Dos de Mayo, el Hospital Geriátrico de la Policía y el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Obtuvieron como resultado que la Batería Bedside de lenguaje adaptada, es confiable y válida y que ninguno de los ítems fue objetado por criterio de los jueces. También indican una excelente consistencia interna y se calculó el coeficiente de Spearman Brown, siendo altamente significativo.

Mayco y Uriol (2010), en “Análisis y Descripción del componente Léxico en Pacientes con Afasias Atípicas”, estudiaron tres casos, el primero fue un paciente afásico bilingüe que presentaba lesión cerebral en el hemisferio izquierdo y los otros dos pacientes eran afásicos zurdos, uno de ellos con lesión en el hemisferio izquierdo también y el otro con lesión cerebral en el hemisferio derecho. Utilizaron como instrumento la Adaptación al Test de Boston al INR.

Los resultados obtenidos fueron que el paciente bilingüe presentó circunloquios los cuales fueron desapareciendo en el proceso de recuperación, el léxico de la lengua materna mejoró en comparación con el otro idioma y en repetición de palabras aisladas obtuvo una gran mejoría. En el caso de los pacientes zurdos mostraron categorías gramaticales de palabras concretas recuperadas como los sustantivos y presentaron lenguaje telegráfico cuando se les evaluó repetición de frases y oraciones.

Rado Triveño Julia Esther (2006), en “Adaptación del Test de Boston a la población afásica que acude al Instituto Nacional de Rehabilitación.” Tesis de Maestría en Educación con mención a los Trastornos de la Comunicación Humana PUCP. Tuvo como objetivo adaptar el Test de Boston para su uso en la población afásica que acude al INR, utilizó el método descriptivo para definir los perfiles del habla y lenguaje en los 40 pacientes afásicos, que acudieron al INR de noviembre del 2004 a enero del 2005.

Los resultados se obtuvieron a través de la medición estadística de tendencia central, se determinó la validez de contenido utilizando el criterio de jueces, se determinó la confiabilidad a través del método de cálculo del alfa de Cronbach.

Señala que se han elaborado *baremos* para cada una de las escalas y para el puntaje total del Test de Boston.

En el presente trabajo en comparación con la versión española que cuenta con 282 ítems, luego del análisis de ítems se han reducido a un total de 274, es decir ocho menos que la versión española. A través de esta investigación se logró realizar los giros lingüísticos al español peruano, se logró establecer que el Test

cuenta con niveles adecuados de confiabilidad, de validez y se elaboraron los *baremos* correspondientes.

2.1.2. Internacionales

Cruz Ana Lucía, Santos María Emilia, Reis Alexandra & Faisca Luis (2014), en “Validación portuguesa de un test breve para detección de afasia (Bedside de lenguaje)”. Se trazó como objetivo de esta investigación estudiar la traducción y adaptación de un test screening para la población brasileña. Dicho instrumento podrá ser utilizado por cualquier profesional de la salud. El estudio contó con 112 participantes, de los cuales 61 eran diagnosticados con este mal, producto de un ACV (accidente cerebro vascular) y 51 sin defecto afásico producto de un ACV en el hemisferio derecho. Ambos grupos fueron evaluados con la Bateria Bedside de lenguaje y una Bateria formal de Afasia, con el objetivo de establecer la validez convergente entre las dos pruebas.

Se obtuvo como resultado una adecuada validez convergente entre los valores de la Bateria Bedside de lenguaje y las otras escalas de Afasia que se midieron a través del cociente de esta enfermedad. También demostró una buena confiabilidad y exactitud, ya que presenta valores sensibles y específicos favorables. Es una herramienta que se podrá utilizar como screening de Afasia en el futuro, especialmente en la fase aguda seguida de una lesión cerebral.

Chávez, (2014), en “Validación de la prueba de tamizaje para afasia Frenchay en adultos colombianos post evento cerebro vascular agudo” Desarrolló una investigación para validar la prueba de tamizaje para Afasia Frenchay en adultos colombianos post evento cerebro vascular agudo. Efectuándose una

traducción de la prueba al español para luego aplicarlo en una determinada población colombiana hospitalizada con diagnóstico de evento cerebro vascular por primera vez. Eligiendo un subgrupo, a quienes se les realizó el Test de Boston para luego compararlo con los resultados de la prueba y así establecer la validez de criterio.

Los resultados obtuvieron una excelente correlación inter observador y entre el Frenchay Aphasia Screening Test y el Test de Boston, así mismo una buena correlación entre los componentes expresivo y receptivo de los dos instrumentos.

Se determinó que la versión del Test Frenchay es una herramienta confiable para la detección de trastornos en la comunicación en pacientes adultos colombianos con evento cerebro vascular agudo por primera vez.

Morais, Chastinet, Quintanar & Solovieva (2012), en “Evaluación lúrica de afasia para el portugués brasileño”. Ellos realizaron la presentación de una propuesta de adaptación de un instrumento que se encarga de evaluar los procesos neuropsicológicos que se subyacen al lenguaje para el portugués en su variante brasileña.

Dicha prueba resulta ser útil para la evaluación neuropsicológica de pacientes adultos con un trastorno adquirido del lenguaje, nos brinda información relevante para una intervención adecuada, cubre una necesidad que se plantea en relación con los métodos de evaluación neuropsicológica de la Afasia en Brasil.

Este instrumento, fundamentado en la teoría neuropsicológica, considera tomar en cuenta las características propias de cada población y de cada individuo en particular, permite evaluar el proceso de realización de las tareas, llevándolo a

un análisis más detallado del problema y al planteamiento de programas adecuados de intervención.

2.2. Marco teórico-conceptual

2.2.1. El quechua

2.2.1.1. Aspectos conceptuales

Quechua, es una familia de lenguas originaria de los Andes centrales y que se extiende por la parte occidental de Sudamérica a través de seis países. Se estima que los hablantes de lenguas quechuas son aproximadamente entre ocho a diez millones. En Bolivia, Ecuador y Perú el quechua figura como la segunda familia lingüística más extendida, después de la indoeuropea. Se ubica después del castellano en cuanto a su importancia social (Torero, 1974).

Según Cerrón Palomino (2008) la lengua oficial de los incas era el aimara, ya que se probó que la palabra Qosqo es un término aimara; sin embargo los incas se quechuizaron. Por cuestiones de uso, lo adoptan como lengua oficial, porque se hablaba en todo el Chinchaysuyo. Pero hasta la época de Túpac Inca Yupanqui la mayor parte de la población hablaba aimara.

Este idioma aparece en Latinoamérica, debido a la inmigración de la etnia asiática de Polinesia; este grupo toma posesión específicamente entre los valles costeros y andinos, ubicados entre los ríos Chancay, Callejón de Huaylas, Marañón, Huallaga y el valle de Supe, territorio de la primera civilización del Perú y América.

2.2.1.2. Aspecto estadístico del uso actual del quechua

Según el *Ethnologue: Languages of the World, Fifteenth edition* (Gordon 2005), la cantidad de quechuahablantes es imprecisa, por el mismo motivo que el de los hablantes del aymara (pág. 48). El número total es entre siete y doce millones y medio¹.

Según los datos de *Ethnologue (Fabre, 2005)* el quechua es utilizado por aproximadamente 10 100 000 personas, siendo los dialectos con el mayor número de hablantes quechua el sur-boliviano (3 637 500), el cusqueño (1 500 000), el ayacuchano (900 000) y el puneño (500 000). Todos hablados en el sur del Perú. También nos indica que en muchas ocasiones las personas se niegan a declarar el quechua como lengua materna, indicando tener como lengua materna el castellano, desprestigiando así el quechua.

Según Ames (2014) en un artículo señala que en Perú 3,261,750 personas declararon que aprendieron a hablar quechua como su lengua materna. Esos son los datos que nos ofrece el último Censo Nacional (2007), y representan el 13% de la población nacional, 3% menos que en el censo del año 1993.

Según el Censo Nacional del año 1940, los resultados arrojaron que dos de cada tres peruanos utilizan la lengua quechua. En el 2007 el Perú contaba con siete millones de habitantes, de los cuales dos grandes tercios eran poseedores del quechua (Censos, INEI, 2007).

Luego, en el último Censo del año 2007, los peruanos que aceptaban haber aprendido el quechua como lengua materna representaban un 13 % de la población total que alcanzaba los 29 millones de habitantes (INEI 2007).

¹ Torero 1983, p. 61.

Otro dato relevante lo encontramos en los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares realizada en 2012, un 14.4 % de la población encuestada era de origen quechua, sin embargo los resultados arrojaron que el 22.8 % se autoidentificaba como poseedor de esta cultura (INEI, 2012).

La estadística nacional esconde realidades regionales con un uso mayoritario del quechua: en algunas regiones, una parte de la población que aprendió el quechua en su niñez representa un índice alto, como en Apurímac (72%), Huancavelica (65%) o Ayacucho (64%). El quechua no se usa solo en los departamentos del sur andino y en las zonas rurales: Lima es la ciudad con mayor número de habitantes que hablan quechua (más de medio millón).

Según Rosaleen Howard, en un artículo periodístico (en internet) “Por los linderos de la lengua: Ideologías lingüísticas de los Andes”, resume una serie de disposiciones legales relacionadas al empleo del idioma quechua:

En el Perú: en 1972, se da la Ley general de Educación; en 1973, el Reglamento de Educación Bilingüe; en 1975, se oficializó el quechua, con el decreto Ley N° 21115. EL 16 de octubre de 1975 se aprueba el Alfabeto Básico General de Quechua por R.M. N° 4023-75 ED. Se inicia el Programa Experimental de Educación Bilingüe de Puno, 1980. El 18 de noviembre de 1985 se da el reconocimiento oficial del Alfabeto Unificado Quechua, por resolución Ministerial N° 1218-85.

Y en Perú, en el año de 1991, se organiza la Política Nacional de Educación Intercultural Bilingüe. En 1993, se revalida la Convención 169 de la OIT. Se instituye la Unidad Nacional de Educación Bilingüe Intercultural

(UNEBI). En el año 2000, se crea la Dirección Nacional de Educación Bilingüe Intercultural. DINEBI sustituye a UNEBI.

En Ecuador, en el año 1980, se oficializó el alfabeto unificado quechua; en el año 1983, se de la Reforma Constitucional y luego en el año 1986, se inicia el Proyecto de Educación Bilingüe Intercultural; se reconoce oficialmente a CONAIE (Nacionalidades indígenas). En ese mismo año, se establece la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe. En el año 1993, se estructura el Modelo Nacional para EIB. En 1998, se ratifica la Convención 169 de la OIT, y se da el Acuerdo de Tabacundo para unificar el Alfabeto Quechua tanto en Bolivia, como Perú.

En Bolivia, en el año 1983, se estableció el SENALEP; en 1984, se oficializa el alfabeto unificado-quechua aimara, en virtud del Decreto Supremo 202227, del 5 de mayo de 1984. En 1991, se inicia el Proyecto de Educación Intercultural Bilingüe en etapa empírica y se suscribe la Convención 169 de la OIT. En 1994, se implementa la Ley de Reforma Educativa N° 565. En 1995, se impulsa la Educación Intercultural Bilingüe en todo el ámbito nacional. En 1996, se dio la Ley de Participación Popular. En el siglo XXI, en Perú: en el año 2002 surge la *Declaración de Lima*, en el marco del V Congreso Latinoamericano de Educación Intercultural Bilingüe. El 30 de octubre de 2003, El Congreso Nacional aprueba la Ley de Lenguas.

El 26 de junio de 2011, en Perú, se aprueba la Ley N° 29735, cuyo proyecto presentó la congresista cusqueña María Sumire, se refiere al "uso, preservación, desarrollo y fomento" del quechua.

En el año 2014, La Nueva Ley Universitaria Peruana, se estableció como requisito para optar por la licenciatura, dominar una lengua nativa o una extranjera.

La Corte Superior de Justicia, ha creado juzgados *interculturales* de paz letrados, en el departamento de Ayacucho, donde se atiende casos en quechua ayacuchano.

El congresista Hugo Carrillo, en el año 2015 en Perú, impulsó una iniciativa ciudadana para que la enseñanza del quechua sea parte del currículo obligatorio de las escuelas peruanas.

2.2.2. La Afasia

2.2.2.1. Definición

La Afasia, es una alteración del lenguaje a causa de una lesión de las áreas cerebrales involucradas en la producción y recepción del lenguaje. No es una enfermedad, es una secuela entre muchas que pueden presentarse después de una lesión focal del sistema nervioso central, es ante todo la pérdida del lenguaje que previamente había sido adquirido a una edad determinada (Flores, 2002).

La Afasia resulta ser una alteración en la capacidad para utilizar el lenguaje (Bein y Ovcharova, 1970); puede definirse también como un déficit en la comunicación verbal resultante del daño cerebral (Hécaen, 1977); una pérdida del lenguaje como resultado de algún daño cerebral, caracterizada por errores en la producción (parafasias), fallas en la comprensión y dificultades para hallar

palabras (anomia) (Kertesz, 1985); o simplemente, una pérdida o trastorno en el lenguaje causado por un daño cerebral (Benson, 1979).

Podemos concluir que la Afasia se refiere, a una alteración adquirida en el lenguaje oral. Pueden presentarse durante o después de la adquisición del lenguaje. Se deben distinguir dos tipos diferentes de anormalidades en el lenguaje infantil: disfasia de desarrollo, un retardo o trastorno en la adquisición normal del lenguaje y Afasia infantil, una pérdida del lenguaje resultante de algún tipo de daño cerebral, producido antes de que se alcance su adquisición completa (Woods, 1985b).

Según Rado (2006), citando a Flores 2002, dice que dentro de las alteraciones que más afectan, invalidan e incapacitan al hombre se encuentran aquellas que lo aíslan de su entorno impidiendo su vida de relación, sobre todo cuando se trata de la pérdida de la función cognoscitiva más elevada y diferenciada que es el lenguaje, alterándose tanto la comprensión como la expresión del mismo.

Según Rado (2006), la afasiología lingüística se desarrolló después de que estuviera asentada la neurolingüística, ya que se expandieron los conocimientos sobre los detalles lingüísticos y psicolingüísticos de los trastornos afásicos (Kaplan 2002). Esto dio lugar a la aparición de instrumentos que permitan valorar todos los aspectos que conforman los distintos sub-componentes lingüísticos, tanto en la vertiente oral como en la escrita. Existen algunas características recomendables para que cualquier instrumento que evalúe Afasia sea adecuado, así se tiene, que sea cual fuere el instrumento elegido, deberá ser flexible y adaptarse a cada caso sin perder significación. Existen otros tests para la

evaluación del lenguaje como el Test de Barcelona, Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia (EPLA) que es la adaptación al español de la Prueba de Kay, Lesser y Coltheart, la prueba de evaluación de actividades de la vida diaria de Stark, las escalas de ejecución de la afasia de Marshall y Rojas, el examen de la Afasia de Ducarne o la batería de la Afasia de Western, perfiles diagnósticos de esta dolencia elaborados por Helm-Estabrooks (Estabrooks,1994), la Prueba FAST (Rado 2006).

En general todos los instrumentos facilitan el establecimiento de una clasificación sindrómica, así como los resultados de tipo cuantitativo para el seguimiento objetivo de los progresos del paciente. A partir de los resultados obtenidos en las pruebas ya es posible determinar el grado de afectación y establecer un pronóstico (Buiza, 2001). Según Brookshire (1992), los test comprensivos para la Afasia ofrecen una descripción global de la capacidad comunicativa del paciente a través de diferentes modalidades de estímulo y respuesta y en varios niveles de dificultad (Rado 2006).

2.2.2.2. Clasificación de la Afasia

Desde Wernicke, la clasificación para esta enfermedad ha sido establecida de acuerdo a las características que presenta el lenguaje. No obstante ahora se sabe que no todo síndrome es exacto al otro, son infrecuentes como cualquier otro trastorno neurológico, es por ello que la mayoría de estos desórdenes detectados clínicamente deben considerarse como afasias mixtas.

Se ha logrado entender las características clínicas de la Afasia utilizando dicotomías sencillas, la más utilizada quizá es la expresivo-receptivo, Weisenburg y McBride (1935).

La dicotomía de la división entre trastorno de tipo motor y trastorno de tipo sensorial también es muy utilizada, fue propuesta inicialmente por Wernicke.

En décadas anteriores las dicotomías más utilizadas fueron la fluente-no fluente (Benson, 1967) y anterior-posterior (Goodglass y Kaplan, 1972).

Jakonson (1964) propone una dicotomía lingüística entre trastornos paradigmáticos y trastornos sintagmáticos del lenguaje, posteriormente incorporada por Luria (1980).

Tabla N° 1: Principales dicotomías señaladas en la literatura para distinguir las dos grandes variantes de la Afasia

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

Fuente: Ardila, Afasia, pág. 37

Cada día parece más claro que los síndromes afásicos clásicos no representan tipos invariables y unificados de Afasia y que es posible hallar variantes o subtipos de ellos. Más aún, para algunos de ellos se han hallado topografías considerablemente diferentes, además de manifestaciones clínicas y desórdenes asociados diferentes. Esto es particularmente cierto en relación con la Afasia de conducción y la Afasia motora transcortical.

A continuación se presenta la clasificación de los trastornos afásicos partiendo de dos criterios anatómicos: primero, la Afasia puede ser prerrolándica (anterior, no fluida) o posrrolándica (posterior, fluida), y segundo, se localiza la Afasia en el área perisilviana del lenguaje, o se encuentra más allá de esta región central (extrasilviana). Para la mayoría de los síndromes afásicos se introducen subtipos, basados en la literatura publicada recientemente. Además, las afasias se relacionan con síndromes anatómicos. En los capítulos siguientes se analizarán los diferentes síndromes afásicos, tomando como punto de partida la caracterización clínica de Benson y Ardila (1996).

Tabla N° 2: Clasificación de los trastornos afásicos

	Prerrolándica	Postrrrolándica
Perisilviana	Broca tipo I (síndrome triangular)	Conducción (síndrome parietal-insular)
	Broca tipo II (síndrome triangular – opercular-insular)	Wernicke tipo I (síndrome insular posterior-istmo temporal)
Extrasilviana	Extrasilviana motora tipo I (síndrome prefrontal dorsolateral izquierdo)	Wernicke tipo II (síndrome circunvolución temporal superior y media)
	Extrasilviana motora tipo II (síndrome del área motora suplementaria)	Extrasilviana sensorial tipo II (síndrome temporo-occipital)
		Extrasilviana sensorial tipo II (síndrome parieto-occipital angular)

Fuente: Benson y Ardilla (1996), pág. 43

2.2.2.3. Test para Afasia

2.2.2.3.1. Test de Boston

Tiene como objetivo diagnosticar la presencia y el tipo de cuadro clínico de la Afasia. Evalúa las capacidades de cada paciente en todas las áreas del lenguaje con el fin de diseñar estrategias de rehabilitación.

Su diseño se basa en la observación de que diversos componentes del lenguaje podrían estar dañados por este mal y que dicha selectividad es un índice de la organización anatómica del lenguaje en el cerebro.

Evalúa cinco aspectos del lenguaje: habla de conversación y exposición; comprensión auditiva; expresión oral y comprensión del lenguaje escrito.

- **Autores** : H. Godglass y E. Kaplande
- **Adaptación española** : Dr. José E. García - Albea
- **Año de creación** : 1986, 1996 2da. edición
- **Aplicación** : Individual
- **Tiempo de aplicación** : Variable
- **Edad** : Adultos

2.2.2.3.2. Beta, Batería para la evaluación de los trastornos afásicos

El objetivo fundamental de esta batería es descubrir qué proceso o procesos presentan daños en cada paciente, a partir de un modelo cognitivo y también de los resultados de las diferentes tareas se puede inferir qué componentes del sistema presentan daños en cada paciente.

La batería está formada por treinta pruebas que se agrupan en seis bloques de cinco pruebas cada una. Se agrupan de la siguiente manera:

- Comprensión oral
- Producción oral
- Semántica
- Lectura
- Escritura
- Oraciones

Cada prueba contiene ítems seleccionados en base a variables psicolingüísticas: frecuencia, longitud, concreción, familiaridad, etc.

- **Autor** : Fernando Cuetos Vega y María González - Nosti
- **Año de publicación del test original:** 2009
- **Aplicación** : Individual
- **Tiempo de aplicación** : Variable
- **Edad** : Pacientes de cualquier profesión o nivel de estudios

2.2.2.3.3. Test de Barcelona

Es un instrumento neuropsicométrico diseñado para evaluar cuantitativamente el estado cognitivo de los pacientes.

Evalúa las siguientes funciones: orientación, lenguaje, lectura, escritura, reconocimiento visual, memoria y abstracción.

Cuenta con una versión completa, una abreviada y perfil de Afasia.

Para su evaluación, lo primero que se hace es recoger los datos del paciente, historia clínica, observaciones de conducta y datos neurológicos.

El test evalúa el lenguaje espontáneo del paciente, este se recoge a través de la conversación y narración. A su vez evalúa la fluidez verbal, prosodia, ritmo y melodía, el lenguaje automático, las praxias, la repetición verbal y la denominación. Evalúa también la comprensión verbal a través de la realización de órdenes, señalando partes del cuerpo e imágenes.

- **Autor** : J. Peña Cassanova
- **Año de creación** : Edición 2004
- **Aplicación** : Individual
- **Tiempo de aplicación** : Tres horas aproximadamente y cuarenta y cinco minutos en la versión abreviada.
- **Edad** : Adultos

2.2.2.3.4. Evaluación del procesamiento lingüístico de la afasia EPLA

La evaluación tiene como objetivo principal la evaluación de las capacidades lingüísticas dentro de los trastornos del lenguaje.

Cuenta con cincuenta y ocho sub-tests que se agrupan en cuatro secciones: diecisiete sub-tests de procesamiento fonológico; veintisiete sub-tests de lectura y escritura; ocho sub-tests de comprensión de dibujos y palabras y seis sub-tests de procesamiento de oraciones.

La prueba tiene un tiempo de administración variable, depende del número de sub-tests que se le apliquen al paciente.

- **Autores** : Valle & Cueto
- **Año de creación** : 1995
- **Aplicación** : Individual
- **Tiempo de aplicación** : Variable
- **Edad** : Adultos

2.2.2.3.5. Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)

El test fue creado para usar como screening para identificar a aquellos pacientes que tengan dificultades en la comunicación y que necesiten ser derivados a otro tipo de evaluación.

Evalúa comprensión oral, el habla, la comprensión lectora y la escritura.

- **Autor** : Lisa Zeltzer
- **Año de creación** : Edición 2004
- **Aplicación** : Individual
- **Tiempo de aplicación** : 10 minutos
- **Edad** : Adultos

2.2.2.3.6. Batería de Afasias Western (BAW)

Evalúa los principales aspectos clínicos del lenguaje, es decir, su contenido, fluidez, comprensión oral, repetición, denominación, lectura, escritura cálculo.

- **Autor** : Andrew Kertesz
- **Año de creación** : 2000
- **Aplicación** : individual

- **Tiempo de aplicación** : 4 horas
- **Edad** : niños

2.2.2.3.7. Prueba Bilingüe de Afasia (BAT)

Es una herramienta propicia para la evaluación de poblaciones bilingües. Está disponible en sesenta idiomas y dialectos. La realidad es que para muchos de estos idiomas no existe prueba alguna que evalúe a pacientes afásicos.

La prueba BAT está conformada por 32 tareas, que permiten una completa evaluación de las habilidades lingüísticas en todos los niveles de procesamiento (Paradis, 2011; Paradis & Libben, 1987).

- **Autor** : Michel Paradis & Gary Libben
- **Año de creación** : 1987
- **Adaptación española** : Evaluación de la Afasia en los bilingües, Barcelona: Masson – 1993
- **Adaptación italiana** : Valutazione e dell'afasia bilingüe, Bologna: E.M.S. – 1999
- **Adaptación china** : Shuangyu shiyuzheng de pinggu, Guangzhou: Jin an daxue chubanshe – 2003
- **Aplicación** : Individual
- **Tiempo de aplicación** : 4 horas

2.2.3. Adaptación de Instrumentos

Una adaptación lingüística, también abarca aspectos socioculturales y técnicos visuales, para lograr una versión muy próxima a la original en la lengua o dialecto de la población a la que se quiere aplicar. Cabe resaltar que los elementos lingüísticos (fonemas, sílabas, frases, oraciones, textos, etc.).

Utilizamos para valorar los componentes del lenguaje (fonético fonológico, morfosintáctico, semántico o pragmático) o las destrezas semióticas (hablar, escuchar, leer y escribir) no tendrían que ser necesariamente equivalentes en la lengua o dialecto de la población en la cual se aplicará el instrumento.

Una adecuada adaptación lingüística requiere una serie de actividades desde la traducción de las instrucciones, ítems y respuestas del instrumento y una adecuada selección de palabras, oraciones y textos (adecuadas al contexto peruano), como por ejemplo la adaptación realizada por Cruz Ana Lucía, Santos María Emilia, Reis Alesandra y Faísca Luis (2014) en validación portuguesa de un test breve de validación de Afasia.

2.2.3.1. Aspectos teóricos conceptuales de la adaptación de instrumentos

La utilización de test, escalas, e instrumentos de medida en general, en un país o cultura distintos a aquellos para los cuales el instrumento fue diseñado, constituye un problema serio en Psicología, especialmente si el país en cuestión es más importador que exportador, como es el caso de Perú. El problema radica en que los instrumentos de medidas psicológicas y educativas no son trasplantables de una cultura a otra, requieren la adaptación según la situación y el contexto.

2.2.3.2. Desarrollo y adaptación del instrumento

Las personas encargadas de la adaptación de instrumentos deben asegurarse tomar en cuenta las diferencias culturales y lingüísticas entre las poblaciones para las cuales se necesitan versiones adaptadas.

También deberán presentar pruebas para que las instrucciones y normas de puntuación, el formato y los propios ítems sean adecuadas para todas las poblaciones a las que va destinado el test.

Cuando un instrumento elaborado para una población determinada va a ser adaptado para su uso en diferentes poblaciones, los formatos, instrucciones, y estímulos deben escogerse de acuerdo a las poblaciones para las que va destinado.

El contenido de los ítems debe ser familiar tanto para las personas de la población original, como para aquellas otras a las que se adapte (José Muñiz 1994).

2.2.3.3. Aplicación

Las personas que adapten un instrumento o quienes los aplican deben de tratar de anticipar el tipo de problemas que se van a encontrar, para ello deberán tomar medidas adecuadas y solucionar los inconvenientes, mediante la preparación de las instrucciones y materiales correctamente elaborados.

Quienes aplican los test deben prestar atención a ciertos aspectos relacionados con el tipo de estímulos, procedimientos de aplicación, y formas de respuesta, que pueden influir en el resultado de las puntuaciones.

Los aspectos del entorno que influyen en la aplicación de un test deben de mantenerse lo más cercanos posible para todas las poblaciones a las que va

destinado el test. Las instrucciones para la aplicación del test deben de minimizar la influencia de las fuentes de variación no deseadas para las diferentes poblaciones.

En el manual se deberán encontrar claramente especificados todos los aspectos del instrumento y de su aplicación que requieran ser analizados para la utilización del test en otro contexto cultural (José Muñiz 1994).

2.2.3.4. Documentación e interpretación de las puntuaciones

La batería fue aplicada a un grupo representativo de personas quechuahablantes de edades entre los 10 y 78 años de edad, estas personas no presentaban ningún tipo de lesión cerebral.

En esta etapa se trataba de demostrar que la traducción del español andino al quechua sureño era correcta y que la población en general debía responder adecuadamente. Más adelante y una vez demostrada que la traducción era correcta se iba a aplicar a un grupo pequeño de cuatro pacientes con Afasia tal y como ocurrió en el estudio.

Cuando se adapta un instrumento para utilizarlo en otra realidad para la cual no fue creado, debe de aportarse toda la documentación necesaria sobre los cambios realizados.

Las personas encargadas de adaptar un instrumento, deberán aportar información específica sobre el modo en que el contexto sociocultural y ecológico de las poblaciones pueda afectar la ejecución en el test, y deben sugerir procedimientos para tener en cuenta esta influencia en la interpretación de los

resultados, que en este caso ha estado referida a cuatro pacientes que presentan diversos tipos de Afasia.

2.3. Definición de conceptos

Accidente cerebro vascular: Según la University of Maryland Medical Center, un accidente cerebro vascular sucede cuando el flujo de sangre se detiene a una parte del cerebro. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral". Si el flujo sanguíneo se detiene por más de unos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente.

Afasia: Según Alfredo Ardila, es una alteración adquirida en el lenguaje oral.

Afasia anómica o amnésica: se caracteriza por una alteración del aspecto semántico del lenguaje sin problemas de comprensión, repetición y producción.

Básicamente el paciente no es capaz de denominar y de "recordar" palabras de nombres de objetos.

Afasia global: Según Luis F, Pascual Millán y Teresa Fernández en Afasias: tipología clínico-topografía en el capítulo cuatro; la Afasia global es la pérdida completa o casi completa del lenguaje en todos sus aspectos.

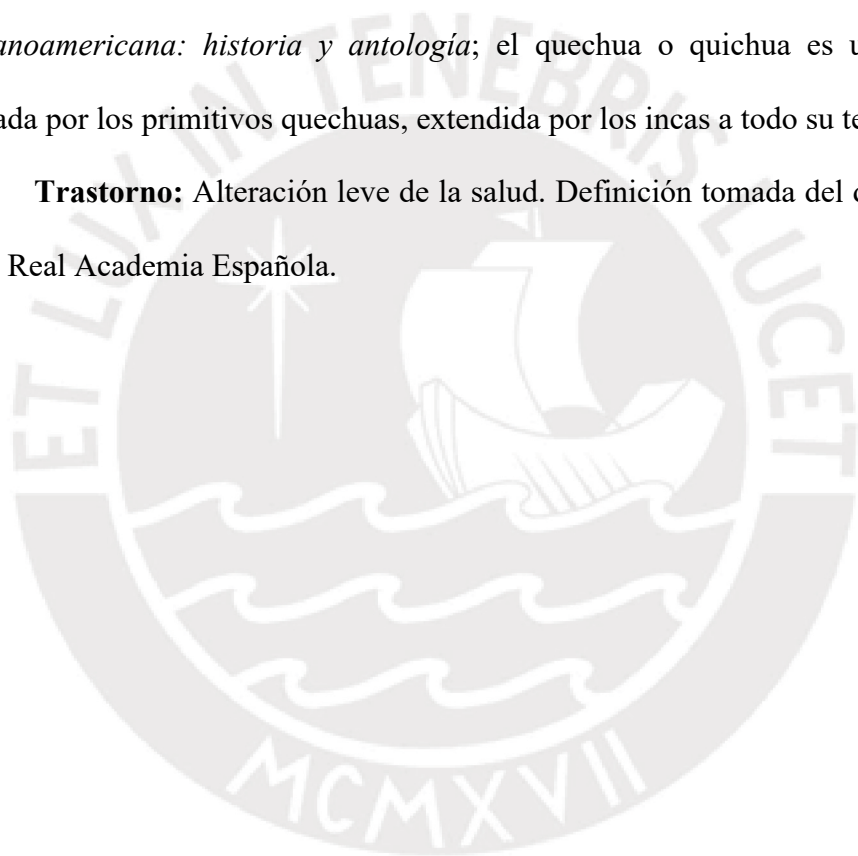
Afasia transcortical motora: según Alexander, Benson y Stauss (1989), la Afasia transcortical motora se caracteriza por un lenguaje no fluido, adecuada comprensión y repetición normal o casi normal. La prosodia, articulación y gramática se encuentran preservadas; producto de un daño frontal dorsolateral.

Daño cerebral: Afectación directa sobre el cerebro, bien por causas externas o internas, que produce un compromiso de las habilidades funcionales físicas, psicosociales o cognitivas del sujeto.

Lenguaje: Según el diccionario de la Real Academia Española, es un conjunto de sonidos articulados con que el hombre manifiesta lo que piensa o siente; es el uso del habla o la facultad de hablar.

Quechua: Según Martha Canfield en su libro: *Literatura hispanoamericana: historia y antología*; el quechua o quichua es una lengua hablada por los primitivos quechuas, extendida por los incas a todo su territorio.

Trastorno: Alteración leve de la salud. Definición tomada del diccionario de la Real Academia Española.



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

Exploratoria, porque nuestro objetivo es traducir una prueba que mide afasia para pacientes quechuahablantes, problema que no ha sido estudiado antes: y **aplicativa**, porque luego de demostrar la correcta traducción de la prueba, la hemos aplicado a cuatro casos prácticos de pacientes afásicos quechuahablantes. (Hernández, R; Fernández, C. & Baptista, P. 2010).).

Enfoque Cualitativo, este enfoque utiliza recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación y pueda probar la hipótesis en su proceso de interpretación. (Hernández, R; Fernández, C. & Baptista, P. 2010).

3.2. Diseño de la investigación

Descriptivo simple. El tipo de estudio es de tipo descriptivo ya que no se busca relacionar o controlar variables, sino de obtener información para definir los perfiles del habla y lenguaje, según señalan Sánchez y Reyes (2002). Asimismo Hernández (2004) menciona que el estudio de tipo descriptivo va en busca de especificar las propiedades características y los rasgos que son considerados relevantes de cualquier fenómeno. Asimismo, en este tipo de diseño los individuos son observados solo una vez.

El diseño que se utilizó en la investigación es de tipo descriptivo, según Sánchez y Reyes (2002), cuyo esquema se grafica de la siguiente manera:

M _____ **O**

Donde:

M: Muestra de personas quechuahablantes evaluados con la Batería Bedside de lenguaje traducida al quechua.

O: Es la información relevante o de interés que se recogió en la muestra de personas quechuahablantes de Ayacucho

3.3. Participantes

372 personas quechuahablantes

4 casos de pacientes afásicos quechuahablantes.

La muestra ha sido seleccionada mediante procedimientos no probabilísticos de tipo criterial o intencional.

3.4. Técnicas e instrumentos

La información se recogió de sujetos quechuahablantes haciendo uso de las técnicas:

3.4.1. La observación

A través de esta técnica pudimos apreciar en forma real, el desarrollo del objeto de estudio en el entorno para el cual iba dirigida la prueba. Hicimos uso de notas de campo, donde apuntábamos respuestas de la población muestral.

3.4.2. Batería Bedside de lenguaje, adaptada al quechua

La prueba Bedside de lenguaje, se usa como instrumento de despistaje para la detección del trastorno afásico (enfoque tradicional) tras una lesión cerebral, en sus estadios iniciales, agudos y graves. De este modo, constituye una herramienta rápida y sensible a los cambios que se producen en los primeros días o en la admisión a un centro de rehabilitación, lo que permitirá un tratamiento adecuado.

Esta prueba se puede realizar al pie de la cama del paciente y puede completarse en tan solo diez minutos, presenta una puntuación total de veinticinco puntos, en las áreas de lenguaje espontáneo, comprensión, repetición, lectura y escritura. Se entiende que si un paciente presenta una prueba Bedside de lenguaje inicial mayor de diez puntos debe complementarse con otras pruebas.

En el presente estudio, primero se hizo la conversión de la prueba al español andino; en segundo lugar se hizo la traducción del español andino al quechua sureño; en tercer lugar, se aplicó el instrumento a un grupo representativo

de quechuahablantes y en cuarto lugar se aplicó a un pequeño grupo de 4 pacientes afásicos quechuahablantes.

Para garantizar la prueba se hizo un audio con las preguntas.

3.5. Procedimiento

Se empleó una ficha para recolectar datos sociodemográficos y algunos datos relevantes, adicionales a la aplicación de la prueba.

3.5.1. Procedimiento de recolección de datos

Coordinaciones respectivas:

Para la realización de esta tesis, se presentó una carta de presentación dirigida al director del colegio José Santos Figueroa, ubicado en el distrito de Santillana, provincia de Huanta-Ayacucho, posteriormente para poder obtener la autorización respectiva se realizó una reunión con los padres de familia para informarles acerca de la prueba y del procedimiento del mismo y así conseguir el consentimiento de cada uno de ellos.

Evaluación por jueces:

En esta etapa se contó con la participación de jueces, traductores profesionales a quienes se les proporcionó los ítems originales de la Batería Bedside de lenguaje separados por áreas, para determinar lo siguiente:

1. Si los ítems poseen unidimensionalidad, claridad y pertinencia.
2. Si el ítem es comprensible para las “personas normales promedio” de la región, se califica en una escala 1 a 2 en la que 1 representa que el

ítem no es comprendido y 2 en que el ítem es fácilmente comprendido por el sujeto bilingüe.

3. Sugerencias, solo cuando se presentan necesidades de ajustes en los ítems. En esta etapa se realizó una versión unificada de la prueba, a partir de las evaluaciones y los comentarios realizados por los jueces en la fase previa.

3.5.2. Redacción de nuevos ítems

A partir de la información recolectada y posteriormente analizada en la anterior etapa, se realizó los ajustes necesarios a cada ítem. Esto implica una mayor probabilidad de responder a las características psicológicas y socioculturales de las personas bilingües.

3.5.3. Muestra

Para efectos de la muestra se procedió a un muestreo no probabilístico de tipo intencional o criterial, realizado por etapas:

- a) Traducción del instrumento: en este caso, se tuvo en cuenta la participación de cuatro profesionales altamente calificados en la materia, de los cuales uno se encargó de la traducción y los otros se encargaron de aprobar la correcta traducción de la batería al quechua sureño.
- b) Una vez seguros de que el instrumento se encontraba traducido correctamente, se aplicó a una muestra de 372 personas quechuahablantes en la región de Ayacucho.

- c) Finalmente se aplicó el instrumento a un pequeño grupo de 4 pacientes afásicos quechuahablantes, el cual ha sido insertado dentro de la anamnesis clínica.

3.5.4. Aplicación y análisis de la versión definitiva de la Batería Bedside de lenguaje

Esta fase, implicó la aplicación de la Batería Bedside de lenguaje en quechuahablantes de Ayacucho, en la muestra de estudio seleccionada.

El proceso de adaptación y aplicación de la Batería Bedside de lenguaje, se realizó durante los meses de octubre a noviembre del 2015.

Se evaluó con la Batería Bedside de lenguaje traducida, a la muestra seleccionada: 372 quechuahablantes.

La Batería Bedside de lenguaje se aplicó de manera individual en las instalaciones del colegio José Santos Figueroa y en diferentes localidades de Ayacucho.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Resultado de la adaptación de la Batería Bedside de lenguaje al quechua sureño

La adaptación de la prueba Bedside de lenguaje al quechua sureño se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. La adaptación la realizó la doctora Gavina Córdoba Cusihumán, traductora intérprete acreditada por el Ministerio de Cultura, con Resolución Viceministerial N° 002-2013-VMI-MC.
2. Luego se llevó a cabo la etapa de criterio de jueces, los que colaboraron en esta investigación fueron:

Juez 1: Clodomiro Landeo

Juez 2: Cynthia Palomino Córdova

Juez 3: Edwin Daniel Félix Benítez

Ellos corroboraron que la adaptación fue adecuada y se comprendía al 100%.

Tabla N° 3: Criterio de jueces

JUECES TRADUCTORES ACREDITADOS		Juez 1 Clodomiro Landeo	Juez 2 Cynthia Palomino	Juez 3 Edwin Daniel Félix Benites	
Item	Área				Observaciones
Lenguaje espontáneo	LE 1	✓	✓	✓	-
	LE 2	✓	✓	✓	-
	LE 3	✓	✓	✓	-
Comprensión	Com1	✓	✓	✓	-
	Com2	✓	✓	✓	-
	Com3	✓	✓	✓	-
	Com4	✓	✓	✓	-
	Com5	✓	✓	✓	-
Repetición	Rep1	✓	✓	✓	-
	Rep2	✓	✓	✓	-
	Rep3	✓	✓	✓	-
	Rep4	✓	✓	✓	-
	Rep5	✓	✓	✓	-
Escritura	E 1	✓	✓	✓	-
	E 2	✓	✓	✓	-
	E 3	✓	✓	✓	-
Lectura	Lec1	✓	✓	✓	-
	Lec2	✓	✓	✓	-
	Lec3	✓	✓	✓	-

Creación propia (Aguirre y Duharte, 2016)

4.2. Análisis de casos

En el presente capítulo, daremos a conocer los resultados obtenidos en la investigación, producto de la evaluación a cuatro casos de pacientes afásicos quechuahablantes.

4.2.1. Caso N° 1

- **Nombre** : I.R.R.
- **Edad** : 70 años
- **Grado de instrucción** : Primaria
- **Diagnóstico** : Afasia global por ACV (accidente cerebro vascular) al inicio.
Por historia clínica, luego de un mes, se encontró que en la reevaluación, hizo una transición a Afasia transcortical motora
- **Ocupación anterior** : Comerciante
- **Idioma** : Quechua y castellano
- **Tiempo de lesión** : 2 meses
- **Procedencia** : Ayacucho

Caso N°1

I.R.R.

Tabla N° 4: Área de Lenguaje Espontáneo (RIMAYLLA) I.R.R.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Sutiykita willaway.	Isabel	0.5
Ima llaqtapim yachanki	Lima	0.5
Laminapi qawasqaykimanhina Rimay (“runa pachamanka rurachkaq” laminata qawachina) (1 Yapa)	La señora no podía ver bien. Se quejaba constantemente. No respondió nada.	0

La paciente obtuvo 1 punto en el área de lenguaje espontáneo. Este puntaje nos indica que su nivel de expresión se encuentra afectado y por debajo de lo esperado.

Tabla N° 5: Área Comprensión Oral (UYARISPA) I.R.R.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Responda Sí o no (“Ari” utaq ”mana” nispa kutichiy)		
¿Lima llaqtapichu kachkanchik?	ARÍ	1
¿Puka chompayuqchu kachkanki?	MANA	1
Ordenes de complejidad creciente (Kamachiykuna)		
Sinqaykita llachpakuy	Mano hemipléjica, la señora intenta levantar la mano sin éxito.	1
Tiyanata tuksiy, chaymanta punkuta tuksiy	X	0
Punkuta qaway, chaymanta ñuqata qaway, chaymanta ñawiykita wichqay.	X	0

La paciente comprendió las tres indicaciones de menor complejidad, pero las de mayor complejidad no las comprendió.

Tabla N° 6: Área Repetición (YACHAPAYANAPAQ) I.R.R.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Palabras simples (Chulla rimaykuna)		
Tanta		1
Ukucha		1
Frases simples (Pisilla rimaykuna)		
Waki wakillanpi	La señora se quejaba constantemente de dolor. No respondió la indicación	0
Punkuta wichqay	No respondió	0
Runamasiykiman manaraq jueves kachkaptin kayta apachinki.	No respondió	0

La paciente logró repetir las primeras palabras simples, pero a medida que aumentaba la dificultad de la prueba, empezó a quejarse de dolor y no pudo concluir con esta parte de la evaluación.

Tabla N° 7: Área Escritura (QILLQAY) I.R.R.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Llapan sutiykita	La señora no podía levantar las manos, por lo tanto no podía escribir.	0
Uyarispa qillqay: Puyu	X	0
Kimsa yupayuq yupata: Pachac iskay chunka	X	0
Pisilla qillqa: Laminapi: “Pachamankata runa rurachkan”	X	0

La paciente presentaba hemiplejia en el lado derecho, por tal motivo no tenía fuerza y tampoco podía siquiera levantar la mano para escribir. No se pudo intentar para que escriba con la mano izquierda porque tenía dolor.

Tabla N° 8: Área Lectura (ÑAWINCHAY) I.R.R.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Siqita rimayninwan tupachiy: Inti Tiyana Maki	✓	2
Ñawinchaspa ruray: “Makiykita huqariy”	X	0
Rimaykunata huntapay: Sachapim kachkan ... Allqu ...	X	0

La paciente pudo leer y relacionar las palabras sueltas con sus imágenes, pero no pudo continuar leyendo debido a que presentaba un cuadro de dolor agudo.

Tabla N° 9: Deglución (MIKUSPAN) I.R.R.

	Arí	Mana	Qawarisqanmanhina
Siminpi mikuna mana sankuyanchu			La señora recibía alimento por medio de una sonda nasogástrica (SNG).
Mikustin kachukun		X	
Lawtan suturin		X	
Uhupakun		X	
Chirita ancha musyanchu (siminpi)		X	
Rupaqta ancha musyanchu (siminpi)		X	
Millpusqanta kutichimun		X	
Ñutin suturin		X	

Puntuación global de I.R.D.R, 8

Tabla N° 10: Puntuación final I.R.R.

	Puntuación esperada	Puntuación obtenida
Lenguaje espontáneo (RIMAYLLA)	4	1
Comprensión oral (UYARISPA)	6	3
Repetición (YACHAPAYANAPAQ)	5	2
Escritura (QILLQAY)	5	0
Lectura (ÑAWINCHAY)	5	2

Podemos concluir que la paciente presentaba un cuadro de Afasia por lesión en el hemisferio izquierdo que ha dañado los procesos de comprensión, repetición, lenguaje espontáneo y lectura. Por el daño motor del hemisferio izquierdo no hay movimiento en el hemisferio derecho por lo que no puede escribir.

El área donde obtuvo menor puntaje fue la de escritura, esto debido a que la paciente sufrió de hemiplejía del lado derecho y no tenía fuerza para levantar las manos.

4.2.2. Caso N° 2

- **Nombre** : E.P.R.
- **Edad** : 81 años
- **Grado de instrucción** : Primaria; sin embargo analfabeta (aparentemente antes de la lesión no leía ni escribía).
- **Diagnóstico** : Enfermedad cerebro vascular no especificada, hemiparesia espástica derecha. Afasia de Broca.
- **Ocupación anterior** : Ama de casa
- **Idioma** : Quechua y castellano
- **Tiempo de lesión** : 1 año
- **Procedencia** : Huancavelica

Caso N°2

E.P.R

Tabla N° 11: Área de Lenguaje Espontáneo (RIMAYLLA) E.P.R.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Sutykita willaway.	Eulogia	0.5
Ima llaqtapim yachanki	Lima	0.5
Láminapi qawasqaykimanhina rimay (“runa pachamanka rurachkaq” laminata qawachina) (1 Yapa)	Pachamankuna	1

La paciente obtuvo un puntaje de 2 puntos en el área de lenguaje espontáneo. Respondió las tres preguntas utilizando una sola palabra. Este puntaje nos indica que su lenguaje espontáneo se encuentra por debajo de lo esperado.

Tabla N° 12: Área Comprensión Oral (UYARISPA) E.P.R.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Responda Sí o no (“Ari” utaq ”mana” nispa kutichiy)		
¿Lima llaqtapichu kachkanchik?	ARÍ	1
¿Puka chompayuqchu kachkanki?	MANA	1
Órdenes de complejidad creciente (Kamachiykuna)		
Sinqaykita llachpakuy	No comprende claramente las indicaciones, se muestra nerviosa.	0
Tiyanata tuksiy, chaymanta punkuta tuksiy		0
Punkuta qaway, chaymanta ñuqata qaway, chaymanta ñawiykita wichqay.	Señala una parte de su cuerpo, se toca la cara.	0

La paciente no comprendió claramente las indicaciones que se le daba, se mostró nerviosa en las indicaciones de complejidad creciente, haciendo movimientos con las manos y tocándose partes del cuerpo. Obtuvo un puntaje de dos puntos, encontrándose por debajo de lo esperado.

Tabla N° 13: Área Repetición (YACHAPAYANAPAQ) E.P.R.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Palabras simples (Chulla rimaykuna)		
Tanta	✓	1
Ukucha	No responde	0
Frases simples (Pisilla rimaykuna)		
Waki wakillanpi	La señora responde: wakillan (algunos)	0
Punkuta wichqay	✓	0
Runamasiykiman manaraq jueves kachkaptin kayta apachinki.	La señora responde palabras sueltas: chukuy (sentarse) runa (gente, personas)	0

La paciente solo repite la palabra tanta de manera correcta, luego responde con palabras sueltas. En el caso de wakillan, responde con una sola unidad de contenido, sin poder repetir la frase completa. En el caso de chukuy y de runa son palabras sueltas que no tienen que ver con la frase que se le pide que repita.

Tabla N° 14: Área Escritura (QILLQAY) E.P.R.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Llapan sutiykita	La señora no sabe escribir.	0
Uyarispa qillqay: puyu		0
Kimsa yupayuq yupata: Pachac iskay chunka		0
Pisilla qillqa: Laminapi: “Pachamankata runa rurachkan”		0

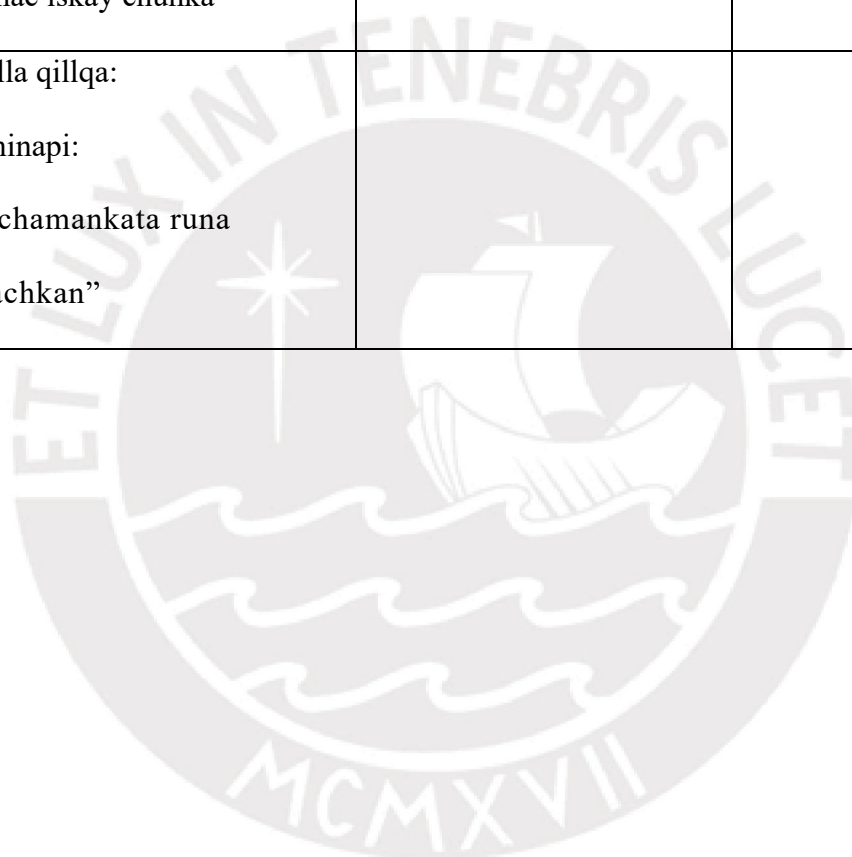


Tabla N° 15: Área de Lectura (ÑAWINCHAY) E.P.R.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Siqita rimayninwan tupachiy: Inti Tiyana Maki	La señora no sabe leer.	0
Ñawinchaspa ruray: “Makiykita huqariy”		0
Rimaykunata huntapay: Sachapim kachkan ... Allqu ...		0

Debido a que la paciente es una persona sin instrucción, obtuvo un puntaje de 0 (por debajo de lo esperado) en las áreas de lectura y escritura (que dentro del análisis se va a incluir porque no está relacionado con la lesión).

Tabla N° 16: Deglución (MIKUSPAN) E.P.R.

	Arí	Mana	Qawarisqanmanhina
Siminpi mikuna mana sankuyanchu		X	
Mikustin kachukun		X	
Lawtan suturin		X	
Uhupakun		X	
Chirita ancha musyanchu (siminpi)		X	
Rupaqta ancha musyanchu (siminpi)		X	
Millpusqanta kutichimun		X	
Ñutin suturin		X	

Puntuación total de E.P.R, 5.

Tabla N° 17: Puntuación final E.P.R.

	Puntuación esperada	Puntuación obtenida
Lenguaje espontáneo (RIMAYLLA)	4	2
Comprensión oral (UYARISPA)	6	2
Repetición (YACHAPAYANAPAQ)	5	1
Escritura (QILLQAY)	5	0
Lectura (ÑAWINCHAY)	5	0

En este caso, podemos concluir que la paciente presenta Afasia de Broca, que ha dañado los procesos de fluidez verbal y empleo de frases cortas. Debido a que presenta una lesión en el área de Broca, su puntuación es mayor en el área de comprensión. Las áreas donde obtuvo menor puntaje fueron escritura y lectura, debido a que la paciente es analfabeta.

4.2.3. Caso N° 3

- **Nombre** : R.Q.C.
- **Edad** : 78
- **Grado de instrucción** : Primaria
- **Diagnóstico** : Afasia transcortical mixta, hemiplejía izquierda y trastorno severo de la visión bilateral.
- **Antecedentes** : Hiperlipidemia, operación de próstata, problemas en el tímpano izquierdo.
- **Ocupación anterior** : Seguridad
- **Idioma** : Quechua y castellano
- **Tiempo de lesión** : 1 año
- **Procedencia** : Ayacucho

Caso N°3

R.Q.C.

Tabla N° 18: Área de Lenguaje Espontáneo (RIMAYLLA) R.Q.C.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Sutiykita willaway.	Ruperto	0.5
Ima llaqtapim yachanki		0
Láminapi qawasqaykimanhina rimay (“runa pachamanka rurachkaq” laminata qawachina) (1 Yapa)	El paciente responde: wayta (horno)	1

El paciente obtuvo un puntaje de 1.5 en el área de lenguaje espontáneo.

Este puntaje nos indica que presenta un bajo nivel en su expresión.

Tabla N° 19: Área de Comprensión Oral (UYARISPA) R.Q.C.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Responda Sí o no (“Ari” utaq ”mana” nispa kutichiy)		
¿Lima llaqtapichu kachkanchik?	ARÍ	1
¿Puka chompayuqchu kachkanki?	MANA	1
Órdenes de complejidad creciente (Kamachiykuna)		
Sinqaykita llachpakuy	El paciente se ríe al escuchar la indicación.	0
Tiyanata tuksiy, chaymanta punkuta tuksiy	X	0
Punkuta qaway, chaymanta ñuqata qawaway, chaymanta ñawiykita wichqay.	X	0

El paciente obtuvo un puntaje de 2 puntos en el área de comprensión, encontrándose por debajo de lo esperado.

Cabe resaltar que en la tercera indicación, donde se le pide que se toque la nariz, el paciente se ríe, dando a entender que comprende la indicación, pero no la realiza.

Tabla N° 20: Área de Repetición (YACHAPAYANAPAQ) R.Q.C.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Palabras simples (Chulla rimaykuna)		
Tanta	✓	1
Ukucha	✓	1
Frases simples (Pisilla rimaykuna)		
Waki wakillanpi	✓	1
Punkuta wichqay	✓	1
Runamasiykiman manaraq jueves kachkaptin kayta apachinki.	El paciente logra repetir palabras sueltas como: manaraq y kachkaptin	0

El paciente logra repetir las primeras palabras sin problema, al igual que la primera frase. En la última frase, que es la de mayor dificultad, presenta dificultades al momento de repetirla y solo llega a repetir dos palabras: manaraq y kachkaptin, no logra repetir la frase completa.

Tabla N° 21: Área de Escritura (QILLQAY) R.Q.C.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Llapan sutiykita Uyarispa qillqay: puyu Kimsa yupayuq yupata: Pachac iskay chunka	X	0
Pisilla qillqa: Laminapi: “Pachamankata runa rurachkan”	X	0

El paciente no fue capaz de tomar el lápiz para escribir, debido a que presentaba problemas motores.

Tabla N° 22: Área de Lectura (ÑAWINCHAY) R.Q.C.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Siqita rimayninwan tupachiy: Inti Tiyana Maki		0
Ñawinchaspa ruray: “Makiykita huqariy”		0
Rimaykunata huntapay: Sachapim kachkan ... Allqu ...		0

El paciente reconoce las imágenes del sol, la silla y la mano. Al preguntarle por cada una logra señalarlas pero no lee las palabras.

También completa correctamente las oraciones, respondiendo correctamente.

Tabla N° 23: Deglución (MIKUSPAN) R.Q.C.

	Arí	Mana	Qawarisqanmanhina
Siminpi mikuna mana sankuyanchu		X	
Mikustin kachukun		X	
Lawtan suturin		X	
Uhupakun		X	
Chirita ancha musyanchu (siminpi)		X	
Rupaqta ancha musyanchu (siminpi)		X	
Millpusqanta kutichimun		X	
Ñutin suturin		X	

Puntuación total de R.Q.C. es de: **7.5**

Tabla N° 24: Puntuación final R.Q.C.

	Puntuación esperada	Puntuación obtenida
Lenguaje espontáneo (RIMAYLLA)	4	1.5
Comprensión oral (UYARISPA)	6	2
Repetición (YACHAPAYANAPAQ)	5	4
Escritura (QILLQAY)	5	0
Lectura (ÑAWINCHAY)	5	0

Podemos concluir que el paciente presentaba un cuadro de Afasia transcortical mixta, que produce una hemiplejía izquierda y trastorno severo de la visión bilateral.

Como consecuencia de este diagnóstico, el área más afectada es la expresiva. Por lo tanto las áreas de lenguaje espontáneo y comprensión oral son las más bajas. En las áreas de lectura y escritura obtuvo 0 debido a que el paciente era analfabeto. Obtuvo mayor puntaje en el área de repetición, ya que este tipo de lesión preserva esta área.

4.2.4. Caso N° 4

- **Nombre** : I.C.C.
- **Edad** : 53
- **Grado de instrucción** : Secundaria incompleta (hasta 4to)
- **Diagnóstico** : Afasia anómica
- **Antecedentes** : Quiste en el tronco cerebral (operado el 21 de junio del 2011).

ACV (accidente cerebro vascular) al mes de su operación. Sufre de presión alta y colesterol elevado.

- **Ocupación anterior** : Comerciante (restaurante)
- **Idioma** : Quechua y castellano
- **Tiempo de lesión** : 4 años
- **Procedencia** : Andahuaylas

Caso N°4

I.C.C.

Tabla N° 25: Área de Lenguaje Espontáneo (RIMAYLLA) I.C.C.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Sutiykita willaway.	Isabel Castillo Cáceres	1
Ima llaqtapim yachanki	Talavera	0.5
Láminapi qawasqaykimanhina rimay (“runa pachamanka rurachkaq” laminata qawachina) (1 Yapa)	Cocina, fuego	2

La paciente obtuvo un puntaje de 3.5 en el área de lenguaje espontáneo, este puntaje nos indica que su nivel de expresión se encuentra preservado.

Tabla N° 26: Área de Comprensión Oral (UYARISPA) I.C.C.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Responda Sí o no (“Ari” utaq ”mana” nispa kutichiy)		
¿Lima llaqtapichu kachkanchik?	ARÍ	1
¿Puka chompayuqchu kachkanki?	MANA	1
Órdenes de complejidad creciente (Kamachiykuna)		
Sinqaykita llachpakuy	✓	1
Tiyanata tuksiy, chaymanta punkuta tuksiy	La paciente dice: punku es puerta, pero no comprende lo demás.	0
Punkuta qaway, chaymanta ñuqata qaway, chaymanta ñawiykita wichqay.	✓ La paciente se equivocó en el orden de las indicaciones	1

La paciente logra comprender casi todas las indicaciones.

Presentó dificultad en el orden de la última indicación y en una solamente respondió el significado de una palabra (punku = puerta).

Tabla N° 27: Área de Repetición (YACHAPAYANAPAQ) I.C.C.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Palabras simples (Chulla rimaykuna)		
Tanta	✓	1
Ukucha	✓	1
Frases simples (Pisilla rimaykuna)		
Waki wakillanpi	✓	1
Punkuta wichqay	✓	1
Runamasiykiman manaraq jueves kachkaptin kayta apachinki.	X	0

La paciente logra repetir con éxito las dos palabras sueltas y las dos primeras frases. Encontrándose con un puntaje promedio.

Tabla N° 28: Área de Escritura (QILLQAY) I.C.C.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Llapan sutykita		1
Uyarispa qillqay: puyu Kimsa yupayuq yupata: Pachac iskay chunka		0.5
Pisilla qillqa: Laminapi: “Pachamankata runa rurachkan”	La paciente escribe la oración en español: “pachamanca el hombre hace”	3

La paciente logró escribir sin mayores problemas casi todo lo que se le dictó. Sin embargo, tuvo dificultad con el número 120.

Logró un puntaje por encima de lo esperado, que nos da a conocer que comprendió casi todos los ítems sin problema

Tabla N° 29: Área de Lectura (ÑAWINCHAY) I.C.C.

ÍTEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Siqita rimayninwan tupachiy: Inti Tiyana Maki	✓	2
Ñawinchaspa ruray: “Makiykita huqariy”	✓	1
Rimaykunata huntapay: Sachapim kachkan ... Allqu ...	✓ La paciente respondió correctamente una de las oraciones.	1

La paciente obtuvo un puntaje de 4 puntos, encontrándose un adecuado nivel en el dominio de lectura. Sin embargo, presentó dificultad en la comprensión de una de las oraciones.

Tabla N° 30: Deglución (MIKUSPAN) I.C.C.

	Arí	Mana	Qawarisqanmanhina
Siminpi mikuna mana sankuyanchu		X	
Mikustin kachukun		X	
Lawtan suturin		X	
Uhupakun		X	
Chirita ancha musyanchu (siminpi)		X	
Rupaqta ancha musyanchu (siminpi)		X	
Millpusqanta kutichimun		X	
Ñutin suturin		X	

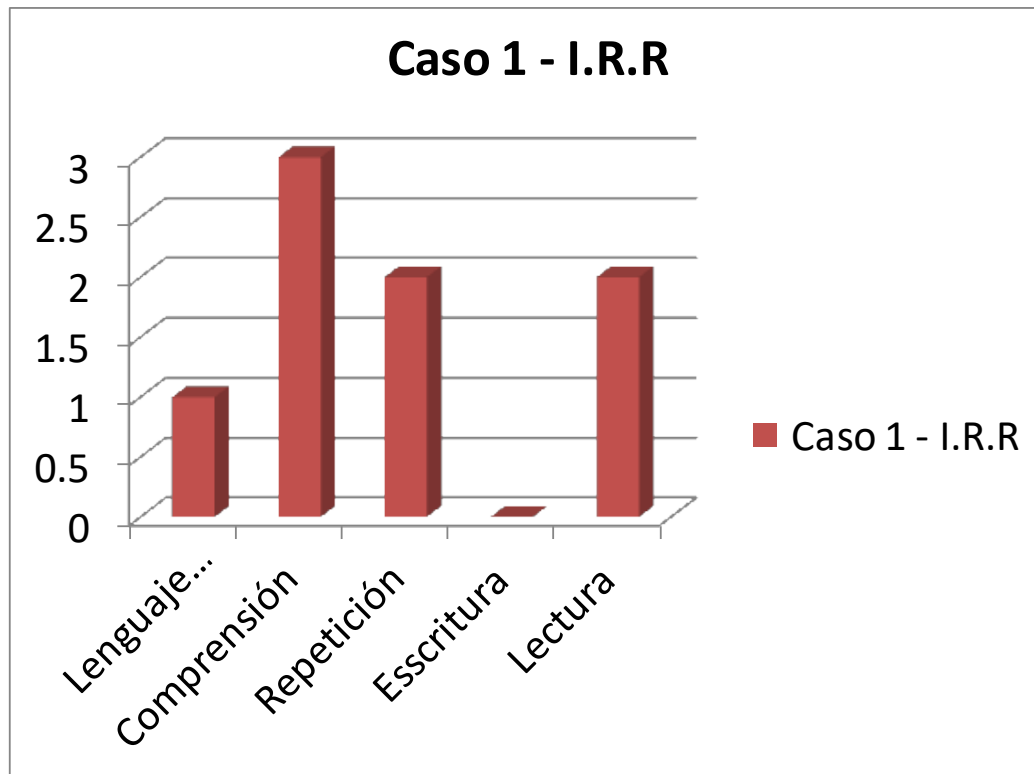
Puntuación total de I.C.C. es de: **20**

Tabla N° 31: Puntuación final I.C.C.

	Puntuación esperada	Puntuación obtenida
Lenguaje espontáneo (RIMAYLLA)	4	3.5
Comprensión oral (UYARISPA)	6	4
Repetición (YACHAPAYANAPAQ)	5	4
Escritura (QILLQAY)	5	4.5
Lectura (ÑAWINCHAY)	5	4

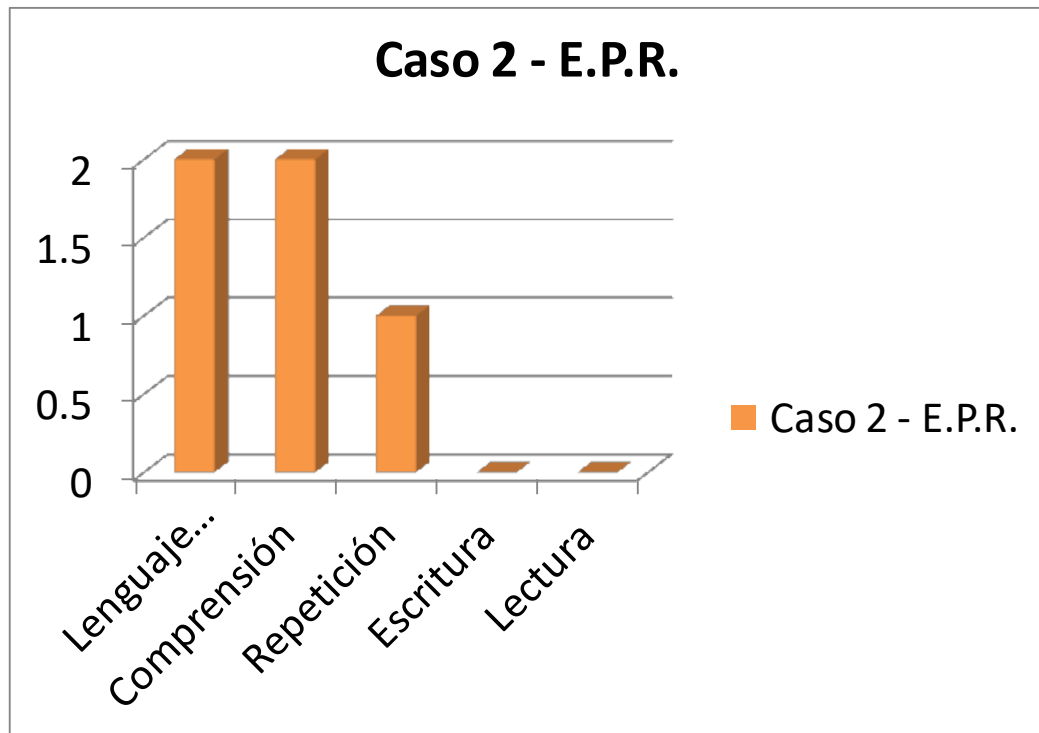
Cabe resaltar que la paciente se encuentra llevando terapia por cuatro años. Ha tenido grandes avances, sin embargo, durante la interacción con la paciente, pudimos observar que aún presenta dificultades en la comprensión de enunciados y el seguimiento de instrucciones, por lo que el diagnóstico sigue siendo el de afasia, en este caso anómica.

Gráfico N° 1: Resultados - Caso 1



En este primer caso, observamos que resalta la comprensión, sin embargo no alcanza el puntaje máximo, esto nos da una idea de Afasia no fluida, con regular repetición. Por lo cual se puede concluir que se trata de una Afasia transcortical motora.

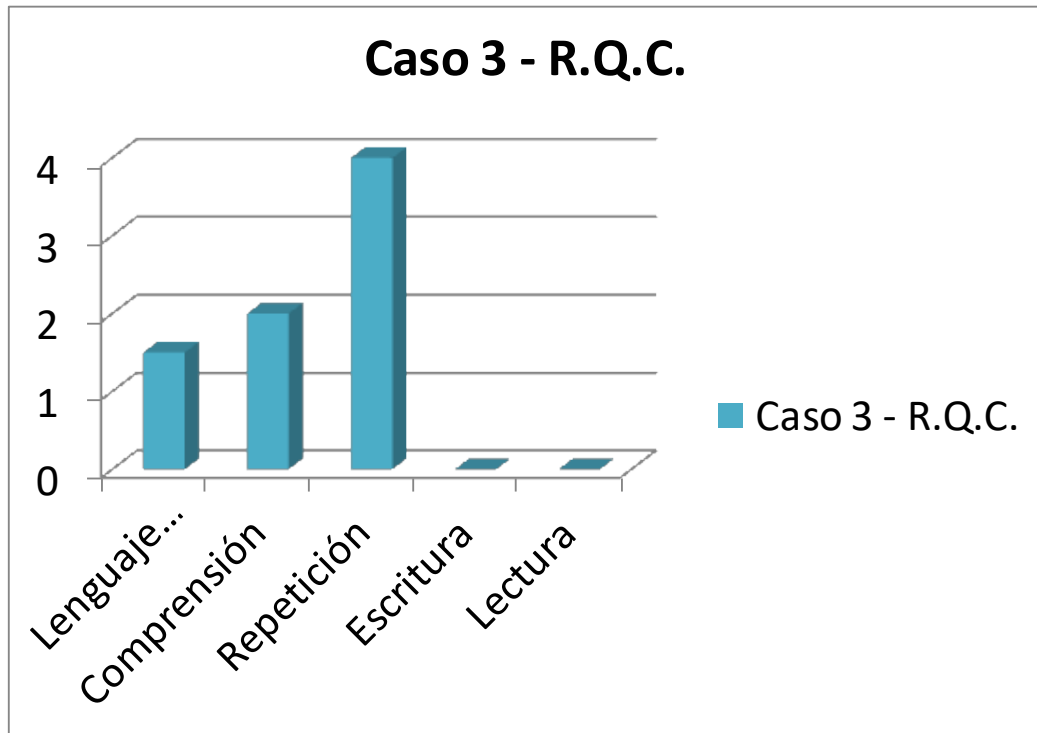
Gráfico N° 2: Resultados Caso 2



En este caso observamos que la paciente presente un mejor lenguaje espontáneo y comprensivo. Presenta un puntaje regular de repetición por lo que se combinan ciertas características que nos dan indicio de una Afasia de Broca que se conoce como una Afasia transcortical motora.

En relación a la lectura y a la escritura, no la consideramos en la tabulación final por ser la paciente analfabeta.

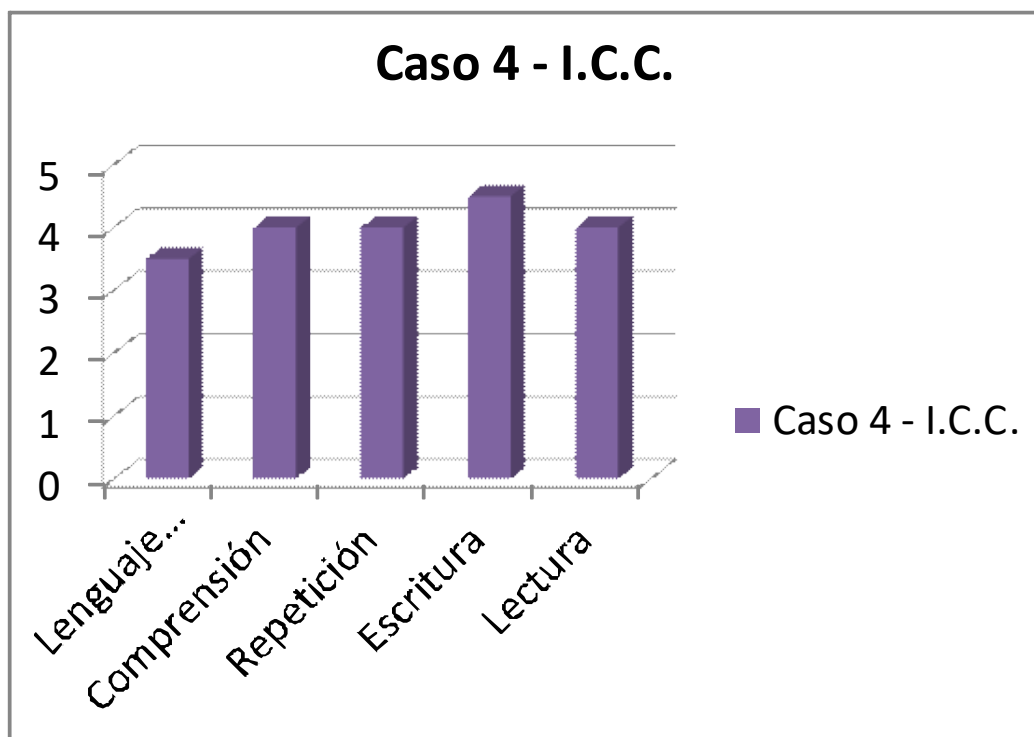
Gráfico N° 3: Resultados Caso 3



Lo que resalta en este caso es la adecuada repetición, por lo que concluimos que se trata de una Afasia transcortical. Obtuvo un puntaje intermedio en el área de lenguaje espontáneo y de comprensión que nos indica un problema mixto.

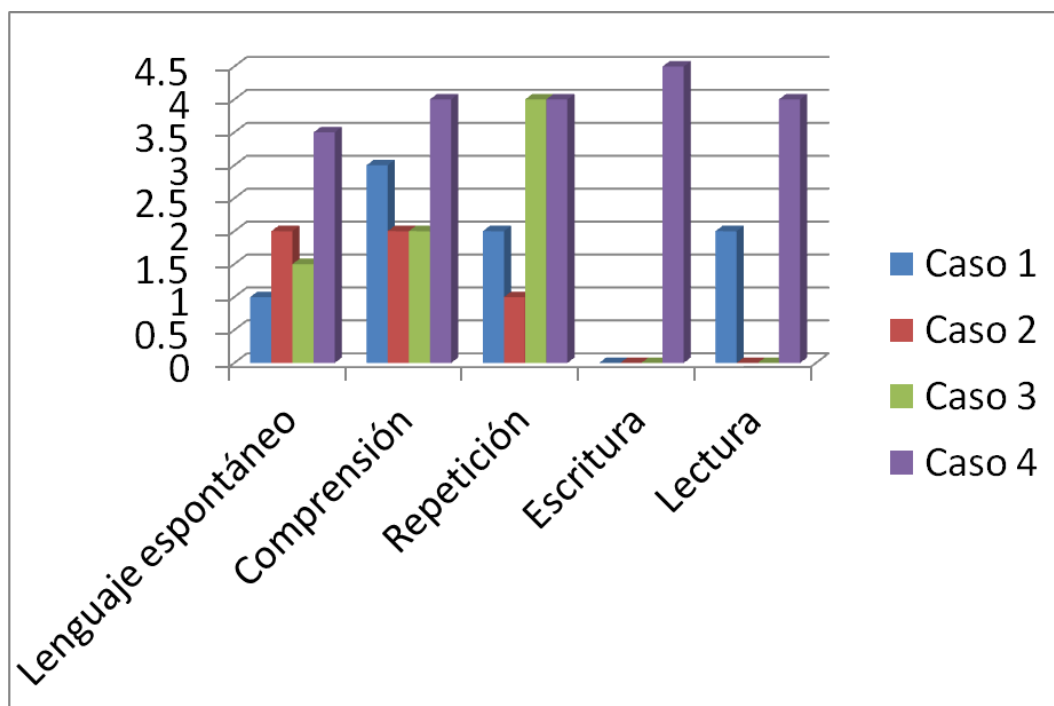
Se debe intentar, posteriormente, el trabajo con la mano izquierda, por lo que también con relación a la escritura el puntaje es exacto.

Gráfico N° 4: Resultados Caso



En este último caso, la evolución del tratamiento de la afasia se aprecia perfectamente por medio de este gráfico, pues los síntomas iniciales se han reducido logrando puntajes altos en las diferentes áreas.

Gráfico N° 5: Resultado comparativo de los cuatro casos de Afasia



De los cuatro casos examinados, podemos concluir que el área más comprometida es la de lenguaje espontáneo, debido a que las lesiones se localizan en el hemisferio izquierdo, dificultando así la fluidez verbal.

En el caso 1 y en el caso 2 se ve notablemente afectada el área de repetición en comparación con el caso 3 y 4 debido a que la Afasia transcortical mixta (caso 3) y la anómica (caso 4) presentan una capacidad preservada para la repetición, siendo esta casi normal.

Con respecto al área de lectura y escritura, no podríamos realizar una mayor comparación ya que presentamos dos casos de pacientes analfabetos y uno que sufrió de hemiplejía del lado derecho.

En el caso cuatro, observamos que la paciente obtuvo mejores resultados a diferencia de los otros tres casos. Esto debido a que lleva cuatro años en

recuperación. Sin embargo, el área comprensiva de la paciente no se encuentra del todo recuperada.

4.3. Discusión y análisis de datos

4.3.1. Discusión

Para la evaluación de Afasia se han propuesto varios test como: el Test de Boston, Beta la Batería para la evaluación de los trastornos afásicos, el Test de Barcelona, la Evaluación del procesamiento lingüístico de la Afasia EPLA, el Frenchay Aphasia Screening Test (FAST), la Batería de Afasias Western (BAW) y la Prueba Bilingüe de Afasia (BAT). Algunos de ellos tienen adaptaciones a otros idiomas como en el de Cruz, Santos, Reis & Faísca en Brasil, “Validación al portugués de un test breve para detección de afasia (Bedside de lenguaje)” en el que se dijo al igual que nuestro estudio que la traducción se realizó de manera exitosa, dejando así un instrumento listo para su aplicación, sin embargo difiere de nuestro estudio ya que ellos buscaron establecer la validez convergente entre la batería Bedside de lenguaje y una batería formal de afasia.

Además, Quintana y Gensollen, realizaron la adaptación de la batería Bedside de lenguaje al español peruano en un mayor grupo de pacientes afásicos y a diferencia de nuestra investigación, los pacientes a los que evaluaron no requerían tener el quechua como primera o segunda lengua. Ellos, a diferencia de nosotros, alcanzaron una población requerida para elaborar el análisis psicométrico de la batería.

Por su parte, Chávez, propuso que para establecer las tablas de validez de criterio se debió evaluar además con el test de Boston, pero teniendo en cuenta que nuestra batería se usa en etapa aguda no vemos factible dicha recomendación ya que resulta tedioso para el paciente realizar un test tan extenso como lo es el test de Boston.

Según Fabbro (1999) en un estudio con casos de pacientes afásicos bilingües (y multilingües), llega a la conclusión que el mayor porcentaje de los pacientes empezaban a recuperar mucho mejor su primera lengua a diferencia de los pacientes que empezaban a recuperar mejor su segunda lengua.

Con el estudio realizado por Fabbro, reafirmamos que a los pacientes evaluados se les hace mucho más sencillo responder a la batería en su lengua materna que es el quechua sureño, llegando a construir oraciones de forma incorrecta, sin embargo cuando intentaban expresarse en castellano las alteraciones eran más severas.

4.3.2. Análisis de datos

El análisis de los resultados que hemos obtenido de las 372 pruebas tomadas a una muestra de quechuahablantes y a cuatro pacientes con Afasia, nos permite concluir que se logró la correcta traducción realizada de la batería como un nuevo instrumento de evaluación que contribuirá a un mejor tratamiento de estos pacientes; los cuatro pacientes afásicos quechuahablantes acuden a atenderse en el Instituto Nacional de Rehabilitación (centro hospitalario de Chorrillos) o al Hospital Hipólito Unánue (distrito del Agustino).

Como primer paso realizamos la traducción de la batería al español andino para adaptar los términos a una realidad para la que no fue creada.

Contamos con el apoyo de una traductora acreditada por el Ministerio de Cultura, Gavina Córdova Cusihuamán, quien posteriormente también realizó la traducción completa de la batería al quechua chanca (quechua sureño), buscando términos y estructuras adecuadas para adaptarla a una realidad a la que no fue creada, para cumplir así con los objetivos de la batería.

Luego acudimos a la opinión del criterio de jueces, traductores acreditados, quienes fueron los encargados de corroborar la correcta traducción del instrumento al quechua.

Desde un enfoque cualitativo podemos decir que la Batería Bedside de lenguaje es el único test corto adaptado al quechua para la detección de la afasia y ha alcanzado una correcta traducción de los cinco dominios que presenta.

El instrumento traducido es relevante para su uso con pacientes que tengan como lengua materna el quechua.

Todas las personas que participaron, tanto de la muestra de 372 como los cuatro casos de pacientes con afasia tenían como lengua materna el quechua y como segunda lengua el castellano.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. Conclusiones

- La Batería Bedside de lenguaje, traducida al quechua sureño es entendible por la población quechuahablante en la totalidad de sus ítems.
- La Batería Bedside ha sido traducida adecuadamente del español al quechua sureño, con términos y estructuras adecuada para una realidad distinta a la que fue creada.
- Se demuestra cualitativamente en los cuatro casos individuales que la Batería Bedside de lenguaje traducida al quechua sureño ratifica el diagnóstico previo de Afasia en cada caso.
- La Batería Bedside de lenguaje traducida al quechua sureño, está lista para su aplicación en pacientes con alguna lesión cerebral que requiera la evaluación para el descarte de Afasia y el inicio precoz del tratamiento.

5.2. Sugerencias

Según los resultados obtenidos en la presente investigación, desde un enfoque cualitativo, se derivan las siguientes recomendaciones al tema de investigación:

- Comprobar la validez y confiabilidad de la Batería Bedside de lenguaje, aplicándola a una muestra mayor de pacientes afásicos quechuahablantes, captando la población en hospitales de provincia con mayor número de quechuahablantes.
- Con la experiencia obtenida debemos fomentar la traducción de más test en quechua que evalúen otro tipo de trastorno y puedan brindar a los pacientes quechua hablantes un mejor diagnóstico.
- Proveer el interés sobre la difusión del quechua, entendiendo a esta lengua como un camino de transmisión de conocimientos entre los individuos y la sociedad.

REFERENCIAS

- Adelaar, Willem (2013). *Quechua I y Quechua II: En defensa de una distinción establecida*. Revista Brasileira de Linguística Antropológica Vol. 5 N. 1, p. 58
- Ardila A. (2006) *Las Afasias*. Department of Communication Sciences and Disorders, Florida International University. Miami, Florida – E.E.U.U.
- Ardila, A. (2005) *Las Afasias*. Guadalajara, Jalisco, México. Universidad de Guadalajara.
- Ames, P (2014). *Sobre el quechua y la ciudadanía en el Perú*. Ideele Revista N° 239. Perú.
- Association Internationale Aphasie A.I.A.* www.aphasia-international.com
- Chaves, C. (2014) Validación de la prueba de tamizaje para afasia Frenchay en adultos colombianos post evento cerebro vascular agudo. (Trabajo de grado para optar el título de especialista en medicina física y rehabilitación) Universidad Nacional de Colombia, facultad de medicina departamento de medicina física y rehabilitación, Bogotá – Colombia.
- Chomsky, N. (2004) *La arquitectura del lenguaje*. Barcelona. Kairós Chomsky, N. (2010) *Estructuras sintácticas*. México: Siglo XXI.
- Cruz, Santos, Reis y Faisca (2014) Validación portuguesa de un test breve para rastreo de Afasia. Instituto de Ciencias de la salud, Universidad de Lisboa y

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales Universidad de Algarve.

Publicado en Sinapse. Vol 14. N° 1. Mayo 2014.

Cuetos, F. (2012) Neurociencia del lenguaje – Bases neurológicas e implicaciones clínicas. Editorial Médica Panamericana, S.A. Buenos Aires, Argentina.

Diccionario Kichua -Castellano del Ministerio de Educación de Ecuador (Iskay simi yachakunapaq Qullqa).

Fabbro, F. (1999) The Neurolinguistics of Bilingualism, an introduction. Printed and bound in Great Britain by Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn.

FABRE, Alain: *Diccionario etnolingüístico y guía bibliográfica de los pueblos indígenas sudamericanos* [online]. Act. 9/8/2005. [cons. 10/10/2005].
<<http://butler.cc.tut.fi/~fabre/BookInternetVersio/Alkusivu.html>>

Gordon, R. (ed.): *Ethnologue: Languages of the World* [online]. Fifteenth. Edition. Dallas, Tex.: SIL International, 2005.
<<http://www.ethnologue.com>> [cons. octubre 2005].

Helm, N. & Martin L. (1991) *Manual de terapia de la afasia*. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid – España.

Hernández, R; Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 9ª. Edición. México: McGraw Hill Interamericana. pp.105, 108, 238, 241.

Hernando, C. & Tamayo, M. & Ortiz, F. (2014) Validación de la prueba de tamizaje para afasia Frenchay en adultos colombianos post evento cerebrovascular agudo (Trabajo de grado presentado para optar al título de especialista en medicina física y rehabilitación) Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Bogotá – Colombia.

INEI (2007)

<http://censos.inei.gob.pe/censos2007/documentos/ResultadoCPV2007.pdf>

INEI (2012)

<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (2008) – Censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Lima: INEI.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002) *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill.

Love, T. (2002). On the categorization of aphasic typologies: on the SOAP (a test syntactic complexity). *J Psycholinguist Res.* Sep;31(5): pp. 502-529.

Mayco, J. & Uriol, R. & Zapata, G. (2010) Análisis y descripción del componente léxico en pacientes con afasias atípicas (Tesis para optar el grado de Magíster en Fonoaudiología) Pontificia Universidad Católica del Perú escuela de posgrado, Lima –Perú.

Morais, C. & Chastinet, J. & Quintanar, L. & Solovieva, Y. (2012) Evaluación lúrica de la afasia para el portugués brasileño. Universidad Autónoma de Puebla, México. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*. Vol 4, N°3, pág. 19 – 37. Puebla, México.

Muñiz, J. (1994) Traducción / Adaptación de tests educativos y psicológicos.

Universidad de Oviedo, Facultad de psicología. *Papeles del psicólogo*, ISSN 0214-7823, N° 59.

Naeser, MA. (1978) Lesion localization in aphasia with cranial computed tomography and the Boston Diagnostic Aphasia Exam. *Neurology*, Jun; 28(6):pp. 545- 551.

- Quesada Q., Félix (1976). Gramática quechua: Cajamarca-Cañaris. Lima: Ministerio de Educación. pp. 156-158
- Quintana, P. & Gensollen, J. (2012) Adaptación de la Batería Bedside de lenguaje para la evaluación de afasia (Tesis para optar el grado de Magíster en Fonoaudiología) Pontificia Universidad Católica del Perú escuela de posgrado, Lima –Perú.
- Rado, J. (2006) Adaptación del test de Boston a la población afásica que acude al INR (Tesis para optar el grado de Magíster en Fonoaudiología) Pontificia Universidad Católica del Perú escuela de posgrado, Lima –Perú.
- Rataj Vlastimil (2005) *La Influencia del Quechua en el Español Andino*. Universidad Masarykova. Facultad de Filosofía. Pdf.
- Rivera, J. (2014) Análisis de las adaptaciones lingüísticas de pruebas para la evaluación del lenguaje en la población peruana hispanohablante (Tesis para optar el título profesional de licenciado en lingüística) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Letras y Ciencias Humanas E.A.P. de Lingüística, Lima – Perú.
- Roleen Howard. *Por los linderos de la lengua* [ISBN 978-9972-51-164-2](#).
- Sabe, L. & Courtis, M. & Saavedra, M &, Prodan, V. & De Luján-Calcano, M & Melián, S. (2008) Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: ‘Bedside de lenguaje’. Utilización en un centro de rehabilitación. *Revista de Neurología*, pág. 454 – 460. Buenos Aires – Argentina.
- Sinacay, E. (2013) Descripción de marcadores del discurso de hablantes con afasia fluente: anómica, de conducción y de Wernicke (Tesis para optar el

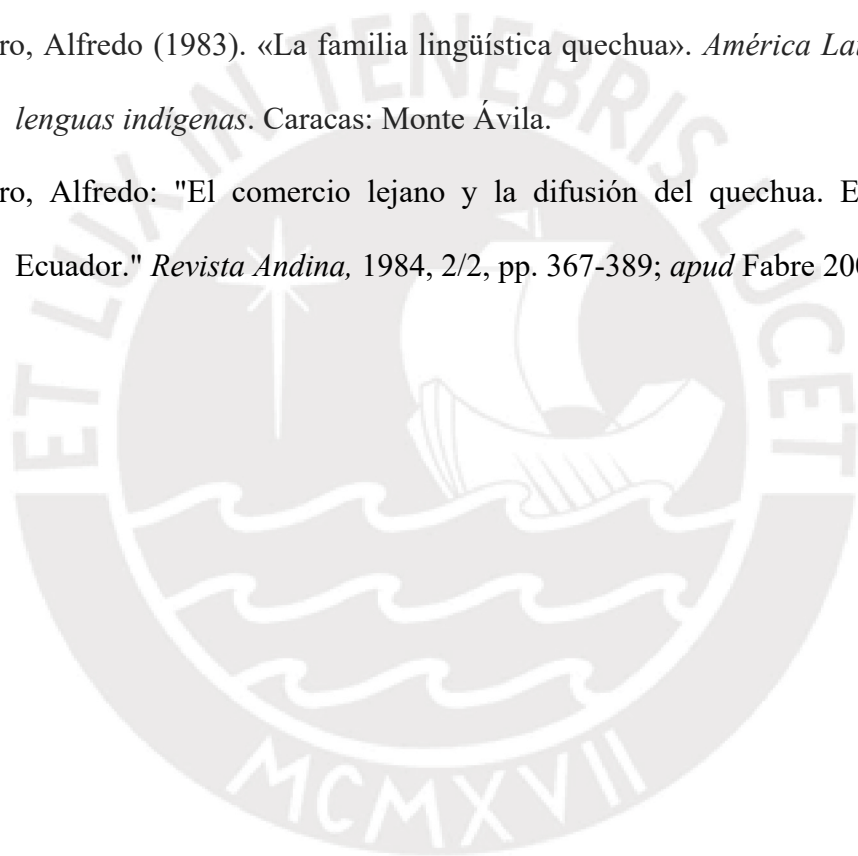
grado de Magíster en Fonoaudiología) Pontificia Universidad Católica del Perú escuela de posgrado, Lima –Perú.

Torero Fernández de Córdova, Alfredo A. (1964). «Los dialectos quechuas». *Anales Científicos de la Universidad Agraria* (La Molina, Lima) 2 (4): 446–478.

Torero, Alfredo (1974). *El quechua y la historia social andina*. Lima: Universidad Ricardo Palma, Dirección Universitaria de Investigación.

Torero, Alfredo (1983). «La familia lingüística quechua». *América Latina en sus lenguas indígenas*. Caracas: Monte Ávila.

Torero, Alfredo: "El comercio lejano y la difusión del quechua. El caso del Ecuador." *Revista Andina*, 1984, 2/2, pp. 367-389; *apud* Fabre 2005, p. 1.





ANEXOS

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título de estudio: “Aplicación de la Batería Bedside de lenguaje adaptada al quechua sureño en casos de afasia”

Instituciones colaboradoras: Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL), Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Introducción: El presente estudio busca obtener información acerca de los antecedentes y síntomas que nos ayude en la evaluación de pacientes afásicos quechuahablantes que tenemos en nuestro país, es por ello que como grupo nos planteamos la posibilidad de adaptar la Batería Bedside de lenguaje para una realidad diferente a la que fue creada, pues contamos con una población quechuahablante de un 16% en nuestro país.

Propósito de este estudio: Comprobar que la Batería Bedside de lenguaje adaptada al quechua sureño detecta la Afasia.

¿Qué tiene que hacer si acepta participar en este estudio y cuánto tiempo dura su participación?

Con su consentimiento, se hará lo siguiente:

1. Recolectar información de su historia clínica.
2. Se le tomará una prueba, la cual consiste en hacer un despistaje para la detección del trastorno de la afasia, tras una lesión cerebral. La batería es una prueba rápida y sencilla, nos tomará alrededor de 10 minutos realizarla.

Cuáles son los potenciales beneficios para usted / o para la sociedad?

Con esta adaptación buscamos aportar a la sociedad un instrumento que beneficie a nuestros compatriotas quechua hablantes, para así brindarles un diagnóstico oportuno.

¿Cuáles son los costos por participar en este estudio? ¿Recibirá algo por su participación?

No existe ningún costo por participar de este estudio, solo el tiempo y el esfuerzo requeridos para la toma de la prueba, descrita anteriormente. Usted no recibirá ningún pago por participar en este estudio.

Contactos en caso de preguntas acerca del estudio y acerca de sus derechos como participantes en un estudio:

Si usted tuviera alguna pregunta o preocupación acerca de este estudio de investigación, por favor contáctese con: Alexandra María Aguirre Camacho con DNI 45775049, al celular 992339566 y al email: ale.aguirre.c@hotmail.com y con Melissa Violeta Duharte Peredo con DNI 44335686, al celular 966391259 o al email: mely_md15@hotmail.com

¿Su participación es obligatoria? Una vez aceptada, ¿puede retirarse del estudio?

Su participación en este estudio de investigación es completamente voluntaria y usted puede retirarse de este estudio en cualquier momento.

¿Qué debe hacer si decide retirarse del estudio?

Si usted decide retirarse del estudio, únicamente debe informarle al personal del estudio su decisión. Gracias por su tiempo y atención.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Mi firma indica que a mí, o a mi familiar y/o apoderado nos han explicado el estudio de investigación y que hemos hecho algunas preguntas que los investigadores han respondido.

Si él/la participante brinda su consentimiento informado:

- Acepto, voluntaria y libremente, a participar en este estudio. Entiendo los procedimientos involucrados y también entiendo que me puedo retirar en cualquier momento.
- No acepto participar en este estudio de investigación.

Sobre la toma de fotos v/o grabación de audio o video durante la evaluación:

- Acepto que tomen fotos y/o graben un audio o video durante la evaluación.
- No acepto que tomen fotos y/o graben un audio de audio o video durante la evaluación.

Nombre del/ de la participante

Firma

Si el familiar o apoderado brinda el consentimiento informado:

- Acepto que _____ participe en este estudio. Entiendo los procedimientos involucrados y también entiendo que el/ella puede retirarse en cualquier momento
- No acepto que _____ participe en este estudio de investigación.

Sobre la toma de fotos y/o grabación de audio o video durante la evaluación:

- Acepto que tomen fotos y/o graben un audio o video durante la evaluación.
- No acepto que tomen fotos y/o graben un audio de audio o video durante la evaluación.

Nombre del/ de la participante

Firma

Persona que administra el consentimiento informado:

Damos fe que hemos discutido el estudio de investigación con el participante y le he explicado en términos no técnicos toda la información contenida en este formato de consentimiento informado, incluyendo los riesgos y beneficios que puedan esperarse. Certifico además que alentamos al participante a realizar preguntas y que todas las preguntas fueron contestadas.

Nombre de la persona que
administra el consentimiento

Firma

Nombre de la persona que
administra el consentimiento

Firma

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nombre completo: _____

2. Sexo: F () M ()

3. Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

4. Lugar de nacimiento: _____

5. Nivel educativo: _____

Colegio: _____

Universidad: _____

Centro de trabajo: _____

6. Idioma que habla/usa:

Quechua

Castellano

Otro

BATERÍA BEDSIDE DE LENGUAJE ADAPTADA AL QUECHUA

SUREÑO

JUEZ: _____

La prueba Bedside de lenguaje se usa como instrumento de despistaje para la detección del trastorno afásico (enfoque tradicional) tras una lesión cerebral, en sus estadios iniciales, agudos y graves. De este modo, constituye una herramienta rápida y sensible a los cambios que se producen en los primeros días o en la admisión a un centro de rehabilitación, lo que permitirá un tratamiento adecuado del lenguaje. Esta prueba se puede realizar al pie de la cama del paciente y puede completarse en diez minutos, con una puntuación total de 26 puntos, en las áreas de comprensión, expresión, lectura y escritura. Se entiende que si un paciente presenta una prueba Bedside de lenguaje inicial mayor de 10 puntos debe complementarse con otras pruebas.

1. Lenguaje espontáneo: Entendemos por lenguaje espontáneo aquel que es producido por un sujeto de forma verbal, escrita u oral, en una situación natural.

- Se evalúa la fluidez de la producción verbal, basándose en las características del lenguaje conversacional; incluye la producción provocada a preguntas relevantes que puedan requerir tanto respuestas cortas como largas, considera la proporción palabras de contenido / palabras funcionales, uso sintáctico y parafasias.

- Procedimiento:

a. Se pregunta al paciente por el nombre y domicilio.

- Nombre: “Sutykita willaway”

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de habla o comprensión auditiva

0.5 puntos: respuesta incompleta o parafasias fonémicas.

1 punto: responde nombre y apellido correctamente.

- Dirección: “Maypitaq tiyanki”

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de habla o comprensión auditiva.

0.5 puntos: respuesta incompleta o paráfrasis fonémicas

1 punto: responde con su dirección completa.

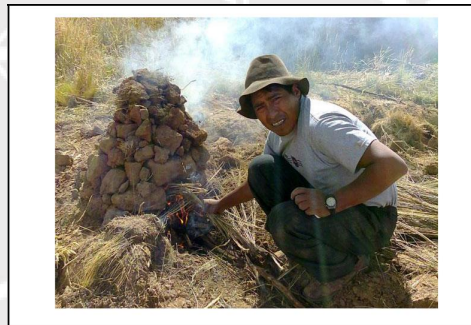
b. Luego se le expone la lámina “un señor preparando pachamanca” con la consigna “Laminapi qawasqaykimanhina rimay”

- Oración: “Laminapi qawasqaykimanhina rimay” (runa pachamanka rurachkaq)

SI ()

NO ()

Observación:



Puntuación:

0 puntos: ausencia de habla o comprensión auditiva.

1 punto: sólo una unidad de contenido.

2 puntos: dos unidades de contenido.

3 puntos: estructura sintáctica completa.

- Material: Se le entrega al paciente la lámina a colores y en tamaño A 4, para que la describa.

2. Comprensión: La comprensión es un proceso de creación mental por el que, partiendo de ciertos datos aportados por un emisor, el receptor crea una imagen del mensaje que se le quiere transmitir. Se refiere a la acción de comprender y a la facultad, capacidad o perspicacia, para entender y penetrar las cosas.

- Se evalúa la capacidad del paciente para procesar la información auditiva.
- Procedimiento:
 - a. Se realizan dos preguntas cerradas al paciente, estas se relacionan con el contexto. El paciente debe responder: sí o no, en forma verbal o gestual.

– ¿Ayacucho suyupichu kachkanchik?

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: respuesta errónea (en caso de que el paciente se encuentre desorientado en el espacio, se le puede hacer otra pregunta similar)

1 punto: respuesta correcta

- ¿Puka chompayuqchu kachkanki?

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: respuesta incorrecta

1 punto: respuesta correcta

b. Se le pide al paciente que realice tres órdenes de complejidad creciente. Cada pregunta u orden debe ser repetida completamente una sola vez, y sólo será repetida de forma completa si el paciente lo requiere (en caso el déficit de atención grave)

- Sinqaykita llachpakuy

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ejecución incorrecta

1 punto: ejecución correcta

- Tiyanata tuksiy, chaymanta punkuta tuksiy

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ejecución incorrecta

0.5 puntos: ejecución incompleta

1 punto: ejecución correcta

- Punkuta qaway, chaymanta ñuqata qawaway, chaymanta ñawiykita wichqay.

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ejecución incorrecta

0.5 puntos: ejecución incompleta

1 punto: error en la orden

2 puntos: ejecución correcta

- Material: No se requiere

3. Repetición: Es la acción y efecto de repetir o repetirse; es decir volver a hacer lo que ya se había hecho o dicho.

- Se evalúa la replicación de palabras y frases cortas producidas por el evaluador.

- Procedimiento:

- a. Se le mencionan dos palabras y tres frases simples (una a la vez) las cuales solo se pueden repetir una vez.

- “Tanta”

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias

1 punto: repetición correcta

- “Ukucha”

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias

1 punto: repetición correcta

- “Waki wakillanpi”

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias

1 punto: repetición correcta

- ¡Punkuta wichqay!

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias

1 punto: repetición correcta

- Runamasiykiman manaraq jueves kachkaptin kayta apachinki.

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias

1 punto: repetición correcta

- Material: No se requiere.

4. Escritura: La escritura es la representación por medio de letras o signos de una idea o concepto.

- Se evalúa la mecánica de los movimientos de la escritura, la evocación de los símbolos escritos para efectuarlos a través de diversos modos de estimulación, y la formulación de oraciones a partir de una lámina y a partir del dictado (análisis de la producción escrita del paciente).
- Procedimiento:
 - a. Se pide al paciente que escriba su nombre y apellido, escriba una palabra y un número de tres cifras al dictado, y la escritura de una oración basada en la lámina mostrada en el ítem del lenguaje espontáneo.

- Llapan sutykita .

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de letras legibles

0.5 puntos: respuesta incompleta

1 punto: nombre y apellido completo

- Dictado: *puyu/ pachac iskay chunkayuq*

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de letras o números legibles, orden incorrecto

0.5 puntos: respuesta incompleta

1 punto: ejecución correcta bajo cualquier modalidad

- Escritura frase de lámina (“Runa pachamanka rurachkaq”)

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de palabras

1 punto: solo una unidad de contenido

2 puntos: dos unidades de contenido

3 puntos: estructura sintáctica completa

- Material: lápiz y papel, opción: letras y números móviles (recurso facilitador, sin distractores, cuando el paciente no puede realizar en forma manuscrita), lámina: “runa pachamanka rurachkaq”

Letras móviles: letras del abecedario realizadas en algún material que el paciente sea capaz de manipular.

Números Móviles: Números del uno al diez realizados en algún material que el paciente sea capaz de manipular.

5. **Lectura:** La lectura es el proceso de la recuperación y comprensión de cualquier tipo de símbolos o signos.

- Se evalúa la asociación palabra - dibujo, leer y ejecutar una orden simple, y la capacidad del paciente de completar oraciones con una tarea de elección múltiple.

- Procedimiento:

a) Apareamiento palabra – dibujo: se colocan los dibujos (inti – tiyana - maki) frente al paciente en un orden cualquiera y se le pide que asocie el dibujo con la palabra escrita)

- Apareamiento palabra – dibujo (*maki / tiyana / inti*)

SI ()



NO ()

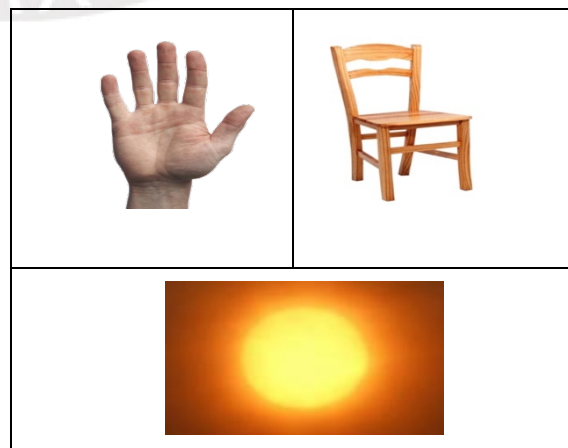
Observación:

Puntuación:

0 puntos: asociación incorrecta

2 puntos: asociación correcta de los tres estímulos

<p>Tiyana Inti Maki</p>
--



Medidas de los dibujos: 12.7 cm. x 10.16 cm

Medidas del cartel de palabras: En una hoja A 4 en vertical

Orden simple: lectura, comprensión y ejecución de orden leída
“Makiykita huqariy”

- Orden por escrito (*Makiykita huqariy*)

SI ()

NO ()

Observación:

Makiykita huqariy

Medida del cartel: 25.4 cm x 6.35 cm

Puntuación:

0 puntos: ausencia de ejecución

1 punto: ejecución correcta

- b) Completar oraciones: completar con una de las cuatro palabras las oraciones presentadas. Se le instruye al paciente “lea estas oraciones y señale la palabra que falta”.

- Párrafo con opciones:

El Sachaqa.....yuq

ruedakuna – rapikuna - nina

SI ()

NO ()

Observación:

Sachaqa.....yuq
ruedakuna-rapikuna-nina

Medida del cartel: 26.67 cm x 20.32 cm

Allqu ...

anyan – ñawinchan – riman

SI ()

NO ()

Observación:

Allqu...
anyan-ñawinchan-riman
anyan – ñawinchan – riman

Medida del cartel: 26.67 cm x 20.32 cm

Puntuación:

0 puntos: ejecución incorrecta

1 punto: elección correcta de una de las dos opciones

2 puntos: elección correcta de ambas oraciones

- Material: láminas, tarjetas de palabras y oraciones



BATERÍA BEDSIDE DE LENGUAJE, ADAPTADA AL ESPAÑOL

ANDINO TEST BEDSIDE DE LENGUAJE

LENGUAJE ESPONTÁNEO

- Dime tu nombre

- ¿Dónde vives?

- Hable sobre lo que ve en la lámina (se le presenta la lámina “un señor preparando pachamanca”) (anexo 1)

COMPRENSIÓN ORAL

Responda sí o no

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
• ¿Estamos dentro de la región de Ayacucho?			
• ¿Tú tienes una chompa roja?			

Órdenes de complejidad creciente

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
• Tócate la nariz			
• Señala la silla después la puerta			
• Mira la puerta, después míreme a mí, después cierre los ojos			

REPETICIÓN

Palabras simples

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
• Pan			
• Ratón			

Frases simples

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
• Algunas veces			
• Cierra la puerta			
• Envía esto a tu amigo antes del jueves			

ESCRITURA

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
• Nombre y apellido			
• Escritura al dictado: nube			
• Dictado número de tres cifras 120			
• Escritura de frase simple: Lámina “un señor preparando pachamanca”			

LECTURA

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
• Asociación palabra – dibujo: Sol			
Silla			
Mano			
• Leer y ejecutar la acción: “levanta la mano”			
• Completa las expresiones:			
El árbol tiene....			
El perro ...			

DEGLUSIÓN

	Si	No	Observaciones
Dificultades para formar el bolo			
Se muerde al comer			
Babea			
Tose			
Menos sensibilidad al frío (en la boca)			
Menos sensibilidad al calor (en la boca)			
Reflujo gastroesofágico			
Reflujo nasal			

Escritura:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

BATERÍA BEDSIDE DE LENGUAJE, ADAPTADA AL QUECHUA

SUREÑO RIMANAPA TEST BEDSIDE

RIMAYLLA

- Sutykita willaway.

- Ima llaqtapim yachanki

- Laminapi qawasqaykimanhina rimay (“runa pachamanka rurachkaq” laminata qawachina) (1 Yapa)

UYARISPA

“Arí” utaq “mana” nispa kutichiy

Item (Mita)	arí	mana	Qawarisqanmanhina
• ¿Ayacucho llaqtapichu kachkanchik?			
• ¿Puka chompayuqchu kachkanki?			

Kamachiykuna

Item	Arí	Mana	Qawarisqanmanhina
• Sinqaykita llachpakuy			
• Tiyanata tuksiy, chaymanta punkuta tuksiy			
• Punkuta qaway, chaymanta ñuqata qawaway, chaymanta ñawiykita wichqay.			

YACHAPAYANAPAQ

Chulla rimaykuna

Item	Arí	mana	Qawarisqanmanhina
• Tanta			
• Ukucha			

Pisilla rimaykuna

Item	Arí	Mana	Qawarisqanmanhina
• Waki wakillanpi			
• Punkuta wichqay			
• Runamasiykiman manaraq jueves kachkaptin kayta apachinki.			

QILLQAY

Item	Arí	Mana	Qarisqanmanhina
• Llapan sutyikita			
• Uyarispa qillqay: puyu			
• Kimsa yupayuq yupata: Pachac iskay chunka			
• Pisilla qillqa: Laminapi: “Pachamankata runa rurachkan”			

ÑAWINCHAY

Item	Arí	mana	Qawarisqanmanhina
• Siqita rimayninwan tupachiy: Inti			
Tiyana			
Maki			
• Ñawinhaspa ruray: “Makiykita huqariy”			
• Rimaykunata huntapay: Sachapim kachkan ...			
Allqu ...			

MIKUSPAN

	Arí	Mana	Qawarisqanmanhina
Siminpi mikuna mana sankuyanchu			
Mikustin kachukun			
Lawtan suturin			
Uhupakun			
Chirita ancha musyanchu (siminpi)			
Rupaqta ancha musyanchu (siminpi)			
Millpusqanta kutichimun			
Ñutin suturin			

QILLQAY:

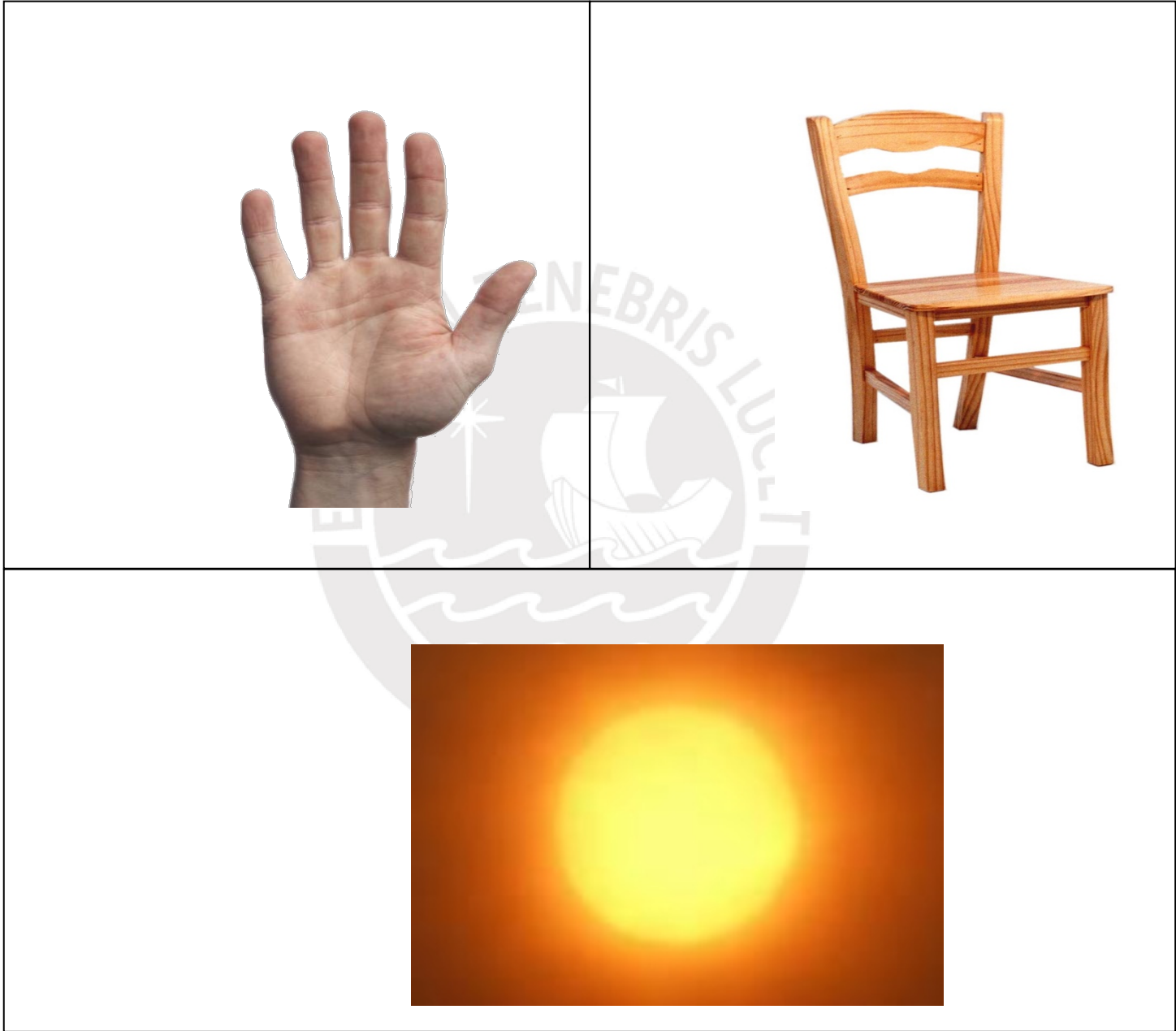
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

1
1
1



1 Yapa





In ti

Ti ya na

Ma ki

Makiykita huqariy

Sachapim kachkan...

qalla – rapi - nina

Allqu...

allwachkan – qillqay – rimay