

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Escuela de Posgrado



Perfil lingüístico de pacientes con traumatismo encéfalo craneano grave intervenidos en sus dificultades de lenguaje

Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Fonoaudiología con mención en Trastornos del Lenguaje en Niños y Adolescentes que presenta:

Cinthia Lorena Mendoza Orellano

Asesora:

Julia Esther Rado Triveño

Co-asesor:

Jorge Luis Enríquez Vereau

Lima, 2023

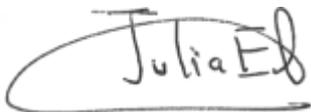
Informe de Similitud

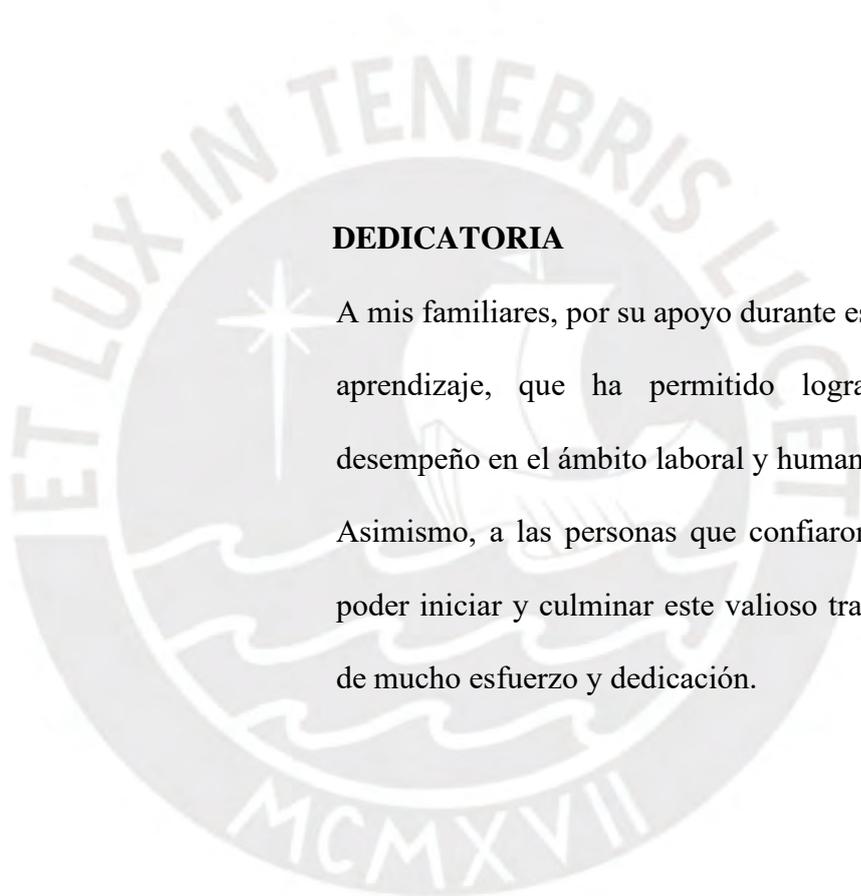
Yo, Julia Esther Rado Triveño, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado “Perfil lingüístico de pacientes con traumatismo encéfalo craneano grave intervenidos en sus dificultades de lenguaje”, del/de la autor(a) / de los(as) autores(as) Cinthia Lorena Mendoza Orellano, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 22%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 16/03/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Surco, 24 de marzo de 2023

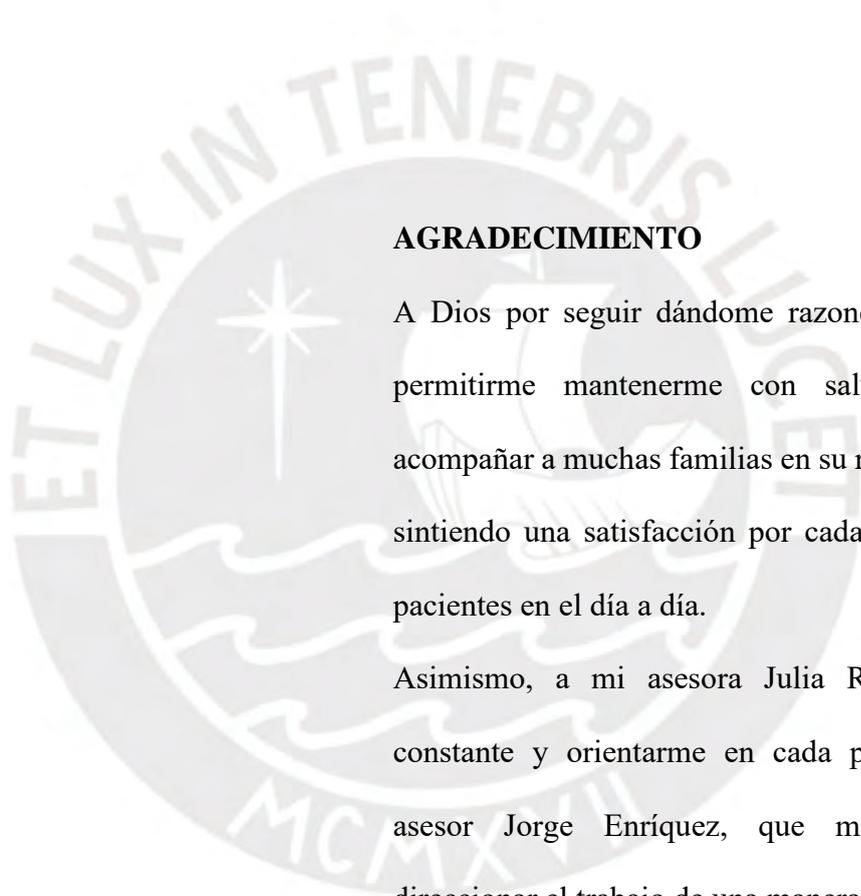
Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Rado Triveño Julia Esther</u>	
DNI: 10301200	Firma 
ORCID: 0000-0003-3392-9804	



DEDICATORIA

A mis familiares, por su apoyo durante este periodo de aprendizaje, que ha permitido lograr un mejor desempeño en el ámbito laboral y humano.

Asimismo, a las personas que confiaron en mí, para poder iniciar y culminar este valioso trabajo, después de mucho esfuerzo y dedicación.



AGRADECIMIENTO

A Dios por seguir dándome razones de vida, y permitirme mantenerme con salud para así acompañar a muchas familias en su rehabilitación, sintiendo una satisfacción por cada logro de los pacientes en el día a día.

Asimismo, a mi asesora Julia Rado por ser constante y orientarme en cada paso dado, al asesor Jorge Enríquez, que me enseñó a direccionar el trabajo de una manera objetiva.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue conocer cómo se ve afectado el perfil lingüístico de las personas con antecedente de traumatismo encéfalo craneano grave y cómo era la evolución de los mismos, para lo cual se evaluaron a 5 pacientes en 2 momentos y se determinó que, 4 tuvieron avances significativos en los diversos componentes de lenguaje, con un porcentaje mayor a 70%, considerando los factores externos (edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de daño de la lesión) como determinantes en el seguimiento de evolución de cada paciente. La metodología fue descriptiva, el investigador recogió información de dos o más muestras con el fin de observar el comportamiento de una variable. Los instrumentos empleados fueron entrevistas a los pacientes y la aplicación de la adaptación peruana del Test de Boston, que ayudó a conocer sus dificultades de lenguaje de cada paciente. El resultado de este estudio fue diferenciar los aspectos evolutivos de lenguaje en dos diferentes tiempos, después de un periodo de intervención que fue mayor a 3 meses.

PALABRAS CLAVES: Traumatismo Encéfalo Craneano, perfil lingüístico, lenguaje comprensivo, lenguaje expresivo.

ABSTRACT

The objective of this research was to know how the linguistic profile of people with a history of severe cranial trauma was affected and what their evolution was like, for which 5 patients were evaluated in 2 moments and it was determined that, 4 They had significant advances in the various language components, with a percentage greater than 70%, considering external factors (age, sex, socioeconomic status, level of injury damage) as determining factors in the follow-up of the evolution of each patient. The methodology was descriptive, the researcher collected information from two or more samples in order to observe the behavior of a variable. The instruments used were interviews with the patients and the application of the Peruvian adaptation of the Boston Test, which helped to determine the language difficulties of each patient. The result of this study was to differentiate the evolutionary aspects of language at two different times, after an intervention period that was longer than 3 months.

KEY WORDS: Cranial Brain Trauma, linguistic profile, compressive language, expressive language

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
CARÁTULA	
INFORME DE SIMILITUD	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	3
1.1.1 Fundamentación del problema	3
1.1.2 Formulación del problema	6
1.2 Formulación de objetivos	6
1.2.1 Objetivo general	6
1.2.2 Objetivos específicos	6
1.3 Importancia y justificación de La investigación	7
1.4 Limitaciones de la investigación	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.1.1 Nacionales	8
2.1.2 Internacionales	10
2.2 Bases teóricas	12
2.2.1 Afasias	12
2.2.2 Disartria	13
2.2.3 Traumatismo encéfalo craneano - TEC:	13
2.2.4 Test	13
2.2.5 Perfil lingüístico	14

2.2.6 Etiología de la afasia	14
2.2.7 Tipos de las afasias	15
2.2.8 Traumatismo craneoencefálico	21
2.2.9 Tipos de lesiones traumáticas	21
2.2.10 Componentes del lenguaje	26
2.2.11 Test para afasia	28
CAPÍTULO III : METODOLOGÍA	
3.1 Método de investigación	30
3.2 Tipo de investigación	30
3.3 Diseño de investigación	30
3.4 Sujetos de investigación	31
3.5 Instrumentos de investigación	32
3.6 Variables de estudio	33
3.7 Procedimiento de recolección de datos	34
CAPÍTULO IV : RESULTADOS	
4.1 Presentación de resultados	35
4.1.1 Resultados paciente 1	36
4.1.2 Resultados paciente 2	38
4.1.3 Resultados paciente 3	39
4.1.4 Resultados paciente 4	40
4.1.5 Resultados paciente 5	41
4.2 Discusión de resultados	45
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág	
Tabla 1	Clasificación de los trastornos afásicos	16
Tabla 2	Características de la Afasia de Broca	17
Tabla 3	Características de la Afasia de Wernicke	19
Tabla 4	Clasificación según severidad de las lesiones traumáticas	22
Tabla 5	Instrumentos de investigación	32
Tabla 6	Estadísticos descriptivos sobre las características demográficas y clínicas de los pacientes evaluados	36
Tabla 7	R. N.: Rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final	36
Tabla 8	J.G.: Rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final	38
Tabla 9	S.Q: Rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final	39
Tabla 10	B.D: Rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final	40
Tabla 11	F.S: Rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final	41
Tabla 12	F.S: Resumen en tres componentes del rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final	43
Tabla 13	R. N.: Resumen en tres componentes del rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final	43
Tabla 14	S. Q.: Resumen en tres componentes del rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final	44
Tabla 15	J. G: Resumen en tres componentes del rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final	44
Tabla 16	B.D: Resumen en tres componentes del rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final	45

INTRODUCCIÓN

Según Wilberger (2019) el traumatismo encéfalo craneano (TEC), se define como aquella enfermedad médica caracterizada por alteraciones a nivel cerebral después de una contusión traumática ubicada en el cráneo, teniendo una prevalencia en mayor grado en el mundo, ubicándose entre una de las principales causas de discapacidad y muerte, con una tasa de 579 por 100.000 persona/año, principalmente en varones. Además, como consecuencia de un TEC, los pacientes pueden evidenciar distintos grados de alteración en el pensamiento, atención, lenguaje y memoria. Una de las secuelas que cambia la vida del paciente con TEC es la afasia que es comprendida como aquella alteración percibida en la capacidad de articular y expresar el lenguaje, causado por una lesión cerebral.

En esa línea, según Aguado, Fernández, Gamba, Perelló y Vila (2014) señalaron que, las dificultades en el habla y el lenguaje están asociadas con la gravedad y las áreas afectadas por la lesión traumática. A pesar que la epidemiología del TEC está ampliamente investigada en los países del mundo, desde hace una década se ha incrementado la investigación a esta población, siendo uno de los primeros pasos para adoptar medidas preventivas enfocadas en estrechar el impacto del TEC en la localidad como una medida de salud pública, porque afecta a jóvenes y adultos que son una población considerada laboralmente activa. En esta población joven es usual los acontecimientos de accidentes, ya sea de tipo laboral o tránsito, continuados por la población de adultos mayores.

Esta investigación es de suma importancia porque brindará aportes en el tratamiento fonaudiológico de pacientes adultos jóvenes post TEC, porque es una población que según Soto, Salinas y Hidalgo (2014) tiende a tener una favorable evolución durante el tratamiento, siempre que se tengan un control adecuado.

La presente investigación está estructurada de la siguiente manera:

En el capítulo I, se hace una descripción del planteamiento de la problemática, formulación del problema, objetivos de investigación, importancia y justificación del estudio y las limitaciones de la misma.

En el capítulo II, se sustenta el cimiento teórico, antecedentes de la investigación, bases teóricas: afasias, producción del habla, Traumatismo Cráneo Encefálico, componentes de lenguaje y definición de términos básicos.

En el capítulo III, se establece la metodología de investigación: tipo y diseño de investigación, población y muestra, definición y operacionalización de las variables, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos el instrumento empleado, las variables de estudio, el procedimiento de recolección de datos, procesamiento y análisis de los datos.

En el capítulo IV, se muestra la resultante obtenida a través de la presentación de tablas y figuras, asimismo la discusión de los resultados.

Finalmente, en el capítulo V, se detallan las conclusiones y se proponen recomendaciones con el propósito de que sirvan como alternativa de solución

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Fundamentación del problema

Según Wilberger (2019, p. 12) el traumatismo encéfalo craneano (TEC) es una enfermedad heterogénea y compleja, que implica especialmente a la población de jóvenes, quienes se encuentran en la etapa productiva en la vida, convirtiéndose en un grave problema socio-económico y de salud pública a nivel mundial. Las personas que resisten a un TEC evidencian como secuelas alteraciones secundarias en la funcionalidad relacionándose a un trastorno motor, conductual y cognitivo, que forman limitaciones en la realización de actividades cotidianas y el reintegro laboral, social y familiar, induciendo al exceso del cuidado en su ambiente. Alted, Bermejo y Chico (2009, p. 17) refieren que a nivel mundial el TEC es un principio de morbilidad, que afligen en mayor cuantía a jóvenes del sexo masculino e involucra una problemática de salud pública a nivel mundial.

En esa línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, la gran mayoría de muertes concernientes al TEC son producidas por un accidente de tránsito representando a más del 90%, además se cuenta con una población comprendida en 20 a 50 millones que padecen traumatismo de tipo no mortal acompañado de alguna incapacidad (2004).

Asimismo, en el Perú, el TEC es considerado una problemática de salud pública registrando un 72,13%, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud; las muertes registradas son por situaciones que implican algún impacto violento, lo cuales simbolizan el más alto porcentaje de mortalidad a nivel nacional, además se encuentra a los distintos y múltiples tipos de accidentes constituyendo el mayor número se halla implicado el TEC (Villalobos, Bilbao, López, y Pacios, 2020, p. 2).

Conforme a los estudios realizados en el Perú, en los últimos diez años se han registrado accidentes de tránsito, en su totalidad 700 mil, de los cuales 310 mil resultaron en muerte. Además, en los últimos dos años se identificaron a 117 mil personas en estado de incapacidad para toda la vida producto del accidente, en consecuencia, se generó una gran inversión para los familiares, institución y el estado. Por esta razón, el costo anual de la atención sanitaria de las personas víctimas por accidentes es de aproximadamente 150 000 000 \$, representando el 0,17 % del Producto Bruto Interno (PBI) nacional (Jiménez, 2011, p. 1).

En ese sentido, en relación al proceso de rehabilitación luego de ser diagnosticado con TEC grave se compone por tres etapas: en primer lugar, se atiende la rehabilitación temprana, seguidamente la hospitalaria y finalmente la centrada en la colectividad post-aguda. En concordancia a los recientes estudios, la rehabilitación para una persona con TEC grave se debe iniciar en la tercera etapa, la pots-aguda a fin de mejorar la viabilidad de recuperación y los resultados de la persona. Múltiples investigaciones concluyeron que, la rehabilitación temprana logra excelentes resultados en personas con TEC grave, favoreciendo el bienestar total de la persona haciendo de su rehabilitación más breve, orientándolo a una mayor capacidad de funcionalidad, asociado a un óptimo elevo de la tasa de empleabilidad (Verger, Serra, Junque, Álvarez, Bartrez y Mercader, 2001, p. 31).

Al margen del tipo de terapia que emplean los especialistas en el área, el organismo cuenta con su mecanismo biológico apropiado de plasticidad que son activados por un daño cerebral. Mecanismos de plasticidad que induce alteraciones en la estructura cerebral, en la conexión entre la funcionalidad y estructura de la misma; orientado desde el aspecto estructural abarca a partir de las modificaciones moleculares hasta amplias alteraciones morfológicas (Wegner, Wilhelm y Darras 2003, p. 17).

En el grupo de la población se encuentran índices generales como el sexo, la edad, la educación, el entorno y la personalidad (Junque, Bruna y Puyuelo, 1998). También, diversos resultados experimentales demuestran que la recuperación de las funciones está más mejorada cuanto más joven sea la persona (Márquez, 2016).

En ese sentido, es importante resaltar que las contusiones repentinas provocadas por el daño, tales como los ACV o los TEC cuentan con un pronóstico favorable de recuperación a diferencia del proceso de plasticidad cerebral en personas con lesión adquirido o progresivo (Milner, 1986). Los daños incompletos en un espacio cerebral cuentan con un mayor pronóstico de recuperación que los que cuentan con lesiones en todo el espacio cerebral, debido a que el espacio no afectado apoya la recuperación funcional (Moraleda, Romero y Cayetano, 2011, p. 43).

Al margen del trastorno del lenguaje es muy frecuente la presencia de un trastorno cognitivo lingüístico. A nivel léxico-semántico, las personas TEC evidencian una evocación sosegada, inconvenientes en la accesibilidad semántica y una deficiente precisión léxica, así como su conversación acostumbra ser tangencial y los datos evocados insuficientes, lo que ocasiona dificultad en el discurso.

El trastorno inferencial conforma una de las principales características de las personas con TEC, así mismo la presencia en dificultades en teoría de la mente. Debido a todas estas dificultades muy poco estudiadas en esta población, se plantea inicialmente la

siguiente pregunta: ¿Cuál es el perfil lingüístico de pacientes con traumatismo encéfalo craneano grave que fueron intervenidos en sus dificultades de lenguaje? Es por ello que se contacta de manera particular a 5 pacientes de Lima que tuvieron diagnóstico de TEC severo; ante lo descrito se formuló el siguiente problema general de la investigación.

1.1.2 Formulación de problema

¿Cuál es el perfil lingüístico de pacientes con traumatismo encéfalo craneano grave que fueron intervenidos en sus dificultades de lenguaje?

1.2 Formulación de objetivos

1.2.1 Objetivo general

Describir el perfil lingüístico de pacientes con traumatismo encéfalo craneano que fueron intervenidos en sus dificultades de lenguaje.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la agilidad articulatoria de pacientes con TEC grave que fueron intervenidos en sus dificultades de lenguaje.
- Identificar la longitud de la frase de pacientes con TEC grave que fueron intervenidos en sus dificultades de lenguaje.
- Identificar la estructuración gramatical de pacientes con TEC grave que fueron intervenidos en sus dificultades de lenguaje.
- Identificar la prosodia de pacientes con TEC grave que fueron intervenidos en sus dificultades de lenguaje
- Identificar parafasia en el habla seguida de pacientes con TEC grave que fueron intervenidos en sus dificultades de lenguaje.
- Analiza el contenido de su lenguaje espontaneo pacientes con TEC grave que fueron

intervenidos en sus dificultades de lenguaje.

- Identificar la repetición de oraciones de pacientes con TEC grave que fueron intervenidos en sus dificultades de lenguaje.

- Analizar la comprensión auditiva de pacientes con TEC grave que fueron intervenidos en sus dificultades de lenguaje.

1.3 Importancia y justificación de la investigación:

Este estudio se justifica debido a que será una de las investigaciones pioneras en el Perú, puesto que el análisis descriptivo de los resultados de la afectación del lenguaje en pacientes jóvenes luego de haber sufrido un traumatismo craneal, esta permitirá describir el tipo de perfil lingüístico de la población estudiada y por otro lado se podrá evidenciar la recuperación del trastorno lingüístico que presente.

El presente trabajo ayudará a expandir mayor conocimiento a los fonoaudiólogos sobre el paciente post TEC y su rehabilitación, reconociendo que la lesión cerebral ocasionada produce severas secuelas a nivel motor, cognitivo y conductual. En esa línea, la investigación propulsará nuevos trabajos afines y relacionadas no solo al lenguaje sino al habla del paciente TEC, siendo de contribución para esta área.

1.4 Limitaciones de la investigación:

Los resultados de investigación no podrán generalizar a toda la población peruana ya que ha sido delimitada en un lugar y tiempo y son pocos casos descritos. Por otro lado, hay limitaciones de acceso a expedientes clínicos de los pacientes en ambientes hospitalarios por el resguardo de los datos a lo que se suman las dificultades al acceso a los pacientes debido a la pandemia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Nacionales

Alfaro y Aparicio (2017) en la investigación “Análisis lingüístico de aspectos comprensivos y expresivos en afasia infantil”, explicaron que de acuerdo a los resultados alcanzados los errores en la producción del lenguaje, poca fluidez, expresiones sin estructuras sintácticas, fallas en la repetición de palabras y frases, pero hay preservación de la comprensión; llegamos a la presunción de que el paciente R. M. M. presenta una Afasia de Broca, en la cual predomina la insuficiencia de los aspectos motores del lenguaje y de la escritura (lenguaje expresivo), evidenciando dificultad en el predominio léxico- semántico y fonológico. Concluyeron que, en comparación con los adultos la recuperación de la afasia en niños tiene pronósticos favorables debido a la plasticidad cerebral en los adultos en cambio intervienen factores negativos que dan como resultado una evolución desfavorable como enfermedades degenerativas asociadas y depresión.

Guillén, Zea, Guillén, Situ, Reynoso, Milla, Bravo, Espinoza y Medina (2013) en el artículo “Traumatismo encefalocraneano en niños atendidos en un hospital nacional de Lima, Perú 2004-2011”, describieron las características de pacientes posterior al TEC en el

hospital Nacional Cayetano Heredia. Los pacientes tenían el rango de edad de 14 años. De la totalidad de los pacientes que sufrieron caídas, las personas fallecidas representan el 2%, personas que tuvieron una óptima recuperación el 80.6% y personas que continuaron con signos neurológicos 17,4%. También describieron que en la actualidad existen disponibles recursos técnicos que aprueban un cuidadoso monitoreo en las distintas complicaciones producto de la comorbilidad y del TEC. Asimismo, los daños craneoencefálicos consiguen turbar la función sensorial, cognitiva y motora.

Según Mayco, Uriol y Zapata (2010), en la tesis “Análisis y descripción del componente léxico en pacientes con afasia atípica”, manifestaron que, la presencia de manera repentina de afasia en pacientes con daño cerebral después de un ACV o TEC, además se puede desenvolver paulatinamente, en casos de adultos o adultos mayores con tumores cerebrales. Asimismo, enfatizan que las personas que padecen de afasia evidencia graves inconvenientes en la comunicación afectando el ámbito laboral y social. Concluyeron que, dentro de las alteraciones del lenguaje en el Perú, la afasia ocupa el tercer lugar, con un 6% del total, siendo una de las principales enfermedades que ocasionan alteraciones comunicativas en los pacientes.

La Madrid (2009) en el estudio “Perfil epidemiológico del traumatismo encéfalocraneano grave en pacientes atendidos”, explicaron que, los traumatismos encéfalocraneano se dan con mayor frecuencia en los hombres; en una proporción de 4 a 1 en relación a las mujeres; posiblemente se halle conexas con las acciones de riesgo a las que se someten los varones tanto por actividades laborales como por las actividades del tiempo libre; además los pacientes hallados poseen edades diversas. Concluyeron que, los pacientes que ingresan a la UCI lo hacen en mayor frecuencia desde emergencias; luego en menor frecuencia son trasladados a sala de operaciones; algunos otros del servicio de cirugía y neurocirugía; con lo cual se logra hacer una idea del mecanismo de producción del daño;

siendo que la mayoría entran por emergencia; lo más probable es que se trate debido a accidentes.

2.1.2 Internacionales

En Colombia; Demey, Allegri & Barrera (2014) realizaron una investigación sobre las “Bases Neurobiológicas de la rehabilitación”; la metodología fue descriptiva, analítica, se describieron las alteraciones del lenguaje expresivo y comprensivo en 62 motociclistas con traumas cráneo encefálicos, a los que se les aplicó el Test de Boston para efectuar un diagnóstico de las afasias con un mínimo de evolución de 3 a 6 meses, se halló un 6.45% de compromiso expresivo y 8.07% de comprensivo. Estas observaciones estarían exponiendo que, ante lesiones de diferente etiología, los mecanismos que usa el cerebro para la búsqueda de la compensación de la función comprometida pueden ser similares. Concluyeron que, en relación a las alteraciones que suceden en las redes cerebrales en respuesta a una lesión, puede señalarse que aplicando RMf en pacientes, que luego de un episodio vascular recobran la función motora, se ha probado que la activación de las áreas motoras durante el movimiento de las partes golpeadas pasa a ser bilateral cuando en personas sanas es unilateral

Moraleda, Romero, Modesto y Cayetano (2011) explicaron en el estudio “Perfil cognitivo de los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave”, análisis basado en 2 años de evolución; los resultados mostraron que, no se hallaron diferencias de forma estadística que sean relevantes al cotejar los diversos grupos de pacientes según localización de lesión, ya fuese esta frontal, parietal, temporal, lesión axonal difusa o abarcara al mismo tiempo el lóbulo frontal y otro. Concluyeron que, el perfil integral logrado es un descenso general en las funciones cognitivas, en estas no se divisaron diferencias atribuibles a la localización de la lesión, predominando las secuelas de carácter difuso. El punto esencial que se debe destacar en el trabajo es el deterioro en las funciones atencionales y

especialmente, en la atención íntegra y compleja, que se halla de forma significativa afectada en el íntegro de sujetos evaluados.

En Medellín; Pérez (2011) desarrolló una investigación de tipo experimental-observacional, en la cual se analizó las variaciones emocionales, conductuales y cognitivas que exhiben pacientes que han sufrido un traumatismo de cráneo moderado y severo, durante el período agudo siguiente al suceso. El estudio se realizó a 16 pacientes que habían ingresado al servicio de urgencias en hospitales seleccionados. El componente lingüístico se evaluó en 6 oportunidades durante 3 meses, a través de la prueba Bedside y el test de Boston; los resultados arrojaron valoraciones inferiores en las áreas evaluadas, lo cual indica que los pacientes con TEC pueden llegar a poseer una recuperación más rápida, asociadas respuestas de estímulos, asimismo se halló que el 14,52% de la muestra, manifestó errores de tipo expresivo, pero que demoran más en recuperar otro tipo de funciones: lenguaje, orientación, memoria y funcionalidad, se logró observar que un tiempo de 6 meses los pacientes lograr mejorar su lenguaje.

En Madrid; Lubrini, Viejo, Periañez, Cicuendez, Castaño, González, Lagares y Ríos (2020) en el estudio “Evolución de las alteraciones cognitivas tras un traumatismo craneoencefálico”; plantearon describir los cambios cognitivos entre las fases aguda y subaguda del TCE controlando el efecto de la práctica. Los resultados mostraron que, antes de controlar el efecto de la práctica, se evidenció una mejoría en las puntuaciones de todos los tests ($p > 0,001$). Sin embargo, tras él, la mejoría permaneció sólo en el Trail Making Test-B, B/A y B-A, la clave de números, la búsqueda de símbolos, el test de Stroop PC y los dígitos inversos. En esa línea, concluyeron que, la falta de control del efecto de la práctica en estudios longitudinales puede generar interpretaciones erróneas sobre el perfil de evolución de los déficits cognitivos, evidenciándose que el patrón de recuperación tras un TCE varía en función del proceso cognitivo.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Afasias:

Hécaen (1977, p. 23); lo conceptualiza como un déficit en la comunicación verbal producto de una lesión en el cerebro, referida también a una contusión cerebral que da como resultado la pérdida del lenguaje; caracterizada por la representación de la comprensión, en la halla de palabras y error de producción de palabras (parafasias). De igual manera, Benson (1979, p. 19) explica que, la afasia es entendida como un trastorno del lenguaje o pérdida del mismo, derivado por un daño cerebral, déficit en el lenguaje oral considerado como un trastorno adquirido. La afasia se puede desarrollar durante o luego de adquirir el lenguaje.

En esa línea, Álvarez y Bermúdez (2008, p. 42) explicaron que, la afasia es considerada un trastorno del habla, específicamente centrado en el lenguaje, caracterizado por la pérdida parcial o total del mismo, evidenciado en la incapacidad de emplear o comprender el lenguaje formalizado, evocado por un problema de tipo motriz o sensorial, comprende su procedencia por daño o alteración orgánica cortical que afecta el área verbo-motriz y auditivo-verbal. Se encuentra presente la simulación de tres componentes del lenguaje, particularmente se enfatizan algunos eslabones en su aspecto inexpresivo y expresivo en subordinación de la patología específica.

Por otro lado, el ACV es una de las primeras causales de la afasia. Puesto que, alrededor del 30% de los pacientes que sobreviven a un ACV evidencian signos de afasia. Las alteraciones del lenguaje subsiguiente a un daño en el cerebro son estimadas como el factor primordial que determina la calidad de vida de una persona, ante ello la gran cantidad de casos identificados son visto significativamente promoviendo la rehabilitación con la expectativa de optimar la calidad de vida de estas personas (Álvarez y Bermúdez, 2008, p. 17).

2.2.2 Disartria:

Lagos et al. (2014) manifestaron que, un gran número de TEC pasan por alteraciones que involucran el lenguaje afectando claramente la comunicación de la persona, siendo un trastorno de la articulación de fonemas ocasionado por daños en el sistema nervioso encargados de dominar los órganos fonoarticuladores.

2.2.3 Traumatismo encéfalo craneano - TEC:

El trauma craneoencefálico (TEC), de acuerdo con la National Head Injury Fundation es consecuencia de una lesión en el cerebro, no por causas congénitas o degenerativas. Originado por un golpe externo que puede ocasionar la alteración o disminución de la conciencia y que procede de una incapacidad en la función física o de la habilidad cognitiva de la persona, a ello agregado la alteración de las funciones emocionales o conductuales. Tales restricciones han de ser temporales o en algunos casos de forma permanente y causar un desajuste psicosocial o una incapacidad de tipo funcional: total o parcial.

2.2.4 Test:

Según la Real Academia Española (2020) en la palabra 'test' se otorgan ciertas técnicas investigativas, análisis e investigación que consienten estimar una serie de características psicológicas en relación a la personalidad de una persona. Dichas técnicas intentan ordenar los datos encontrados en el estudio de la conducta sin el propósito de encontrar explicaciones de los efectos o causales, por el contrario, está limitado a puntualizar la conducta a través de la dimensión que persigue en sus metas, acorde al encuadre genético y situacional.

2.2.5 Perfil lingüístico:

Rado (2006, p. 24) señaló que, desde la década de los sesenta se señala la importancia del perfil lingüístico, asimismo, destaca la importancia de procurar atención al “Historial de adquisición lingüística”, si desean entender las estrategias que emplea cada individuo para comprobar la interacción de su lengua. En su investigación, se pone en manifiesto que los diferentes perfiles de adquisición reflejan una gama de experiencia y aprendizaje, que consiste en diferentes formas de codificación, almacenamiento y recuperación de dichas experiencias.

2.2.6 Etiología de la afasia:

Junqué (2003, p. 15) indicó que, los motivos más frecuentes del desarrollo de la afasia son:

- Traumatismo craneoencefálico (TEC): originado particularmente por accidentes de tránsito ocasionando distintos tipos de lesiones, axonal difusa y hemorrágica focal dañando la sustancia gris y blanca de las vías de interconexión.
- Enfermedad de Alzheimer (EA): personas que padecen el EA se encuentra alterado el lenguaje en consideración del estadio medio de la gravedad de la demencia. Al principio del desarrollo de la enfermedad se encuentra afecciones en el lenguaje, a nivel léxico como semántico, por otro lado, la habilidad fonológica y sintáctica se encuentran respectivamente preservada. En la EA, el trastorno del lenguaje ha ido avanzando constantemente que abarca la anomia hasta la afasia sensorial transcortical, y en la última fase de comunicación, lo verbal se entiende por limitado, alcanzando una afasia de tipo global. Exteriorizando así; dificultades para las expresiones verbales, la repetición, escritura, lectura y comprensión auditiva.
- Enfermedad de Pick: referida cuando se ha atrofiado el lóbulo temporal anterior y

frontal, involucrando mayormente al hemisferio izquierdo, dando pase al desarrollo de la afasia. Uno de su primera sintomatología identifica es la incapacidad para expresar palabras en el lenguaje de forma anomia y espontánea (Goodglass, 1996, p. 16).

- Demencia vascular: considerado como el segundo tipo de demencia más frecuente después de la EA. La demencia vascular más conocida es por el daño de multiinfarto. En las personas afectadas por la demencia por daño isquémico la habilidad léxica-semántica se encuentran en mejor estado que EA, pese a ello el aspecto motor y la sintaxis se encuentran afectados en su mayoría, a esto se le excluye aquellas personas que se lesionaron en el área de Wernicke y Broca como también en la afasia global (Goodglass, 1996, p. 16).
- Accidentes vasculares cerebrales (ACV): la patología vascular cerebral es una de las más frecuentes entre todas las enfermedades de tipo neurológica, representando el 50% del total de la patología neurológica. El infarto cerebral se origina cuando el cerebro no recibe de forma adecuada el suministro de sangre y producto de ello se evidencia falta de glucosa, oxígeno entre otros nutrientes, ocasionando múltiples disfunciones neuropsiquiátricas, neuropsicológicas y neurológicas. La hemorragia cerebral es identificada como más frecuente en la tercera causa accidente vascular cerebral, lo cual tiene múltiples factores que pueden ocasionarlo como: una rotura de aneurisma, hipertensión, malformación de arteriovenosas y los TCE.

2.2.7 Tipos de las afasias

Diversa es la clasificación que se halla sobre la afasia, Benson y Ardila (1996) en el libro “Las Afasias” (Ardila, 2006), citó a diversos autores con diversos puntos de vista sobre la clasificación de los trastornos afásicos; además emplearon la clasificación de Goodglass

(1996, p. 12) quien preciso que, para cualquier tipo de clasificación en este tema, la clasificación cuenta con un principio fundamental del lenguaje desde el tiempo de Wernicke. A continuación, se evidencia la clasificación de los trastornos afásicos tomando como punto de partida dos criterios anatómicos: De acuerdo al primer criterio se tiene la afasia de tipo prerolándica, en otras palabras, anterior no fluida; también se tiene la post-rolándica, en concreto significa, posterior fluida. Asimismo, para el segundo criterio la afasia se ubica en el área extrasilviana o perisilviana del lenguaje. En la gran mayoría del síndrome afásico se cuenta con sub tipos. También, suelen asociarse a síndromes de tipo anatómicos.

Tabla 1

Clasificación de los trastornos afásicos

	Pre-rolándica	Post-rolándica
Peri-Silviana	Broca Tipo I (síndrome triangular)	Conducción (síndrome parietal-insular)
	Broca Tipo II (síndrometriangular-opercular-insular)	Wernicke Tipo I (síndrome insular posterior-istmo temporal)
		Wernicke Tipo II (síndrome circunvolución Temporal superior y media)
Extra-Silviana	Extrasilviana Motora Tipo I (síndrome prefront al dorsolateral izquierdo)	Extrasilviana Sensorial Tipo II (síndrome temporo occipital)
	Extrasilviana Motora Tipo II (síndrome del área motora suplementaria)	Extrasilviana Sensorial Tipo II (síndrome parieto-occipital angular)

Fuente: Ardila (2006, p. 60)

a. Afasias Perisilvianas

Las afasias de este tipo suelen caracterizarse por un daño importante del lenguaje repetitivo y las lesiones son localizadas anatómicamente en el hemisferio izquierdo alrededor de la cisura de Silvio (Ardila, 2006, p. 60).

Afasia de broca

Inicialmente Broca la llamo afemia, seguidamente Head la nombro afasia verbal (1926), consecutivamente Wepman & Jonesm (1964) la titularon afasia sintáctica, posterior a ello fue reconocida como afasia cinética por Luria (1980), luego Hécaen & Albert (1978) la llamaron afasia expresiva, y por ultimo diversos autores la nombraron afasia de Broca (Benson y Geschwind, 1971). La afasia de Broca es identificada como el habla no fluido y expresivo agramatical y breve, procedentes de la alteración de la articulación y en la prosodia. El nivel de comprensión es mayor a la producción verbal, sin embargo, no se considera dentro de lo normal. Se evidencia una inadecuada repetición en el lenguaje con índices de parafasia fonológica y desviación fonética,

Tabla 2

Características de la Afasia de Broca

características básicas del lenguaje	
Lenguaje conversacional	No fluente
Comprensión del lenguaje	Relativamente normal
Repetición	Anormal
Señalar	Relativamente normal
Denominar	Anormal
Lectura: En voz alta	Anormal
Comprensión	Relativamente normal
Escritura	Anormal
signos neurológicos asociados	
Sistema motor	Usualmente hemiparecia severa
Disartria	Usualmente severa
Perdida de sensibilidad cortical	Frecuentemente presenta
Apraxia	Simpática
Campo visual	Normal
Agnosia visual	Ausente

Fuente: Ardila (2006, p. 60).

b. Afasia de conducción

La afasia de conducción tiene diferentes denominaciones, de acuerdo con Luria (1966), es distinguida por la afasia motora kinestésica, Goldstein (1948) la llamo afasia central, asimismo Kertesz (1988) la designo afasia de conducción eferente y otros autores la denominaron afasia de conducción (Benson & Ardila, 1996; Hécaen & Albert, 1978). En esa línea, está asociado a un daño del fascículo arqueado que se vincula al área de Broca y el área de Wernicke, por otro lado, la desvinculación de dichas áreas va ocasionar la afasia de conducción (Ardila, 2006, p. 63).

Por ello, la afasia de conducción está caracterizada por utilizar el habla de forma espontánea y limitadamente fluida, aunque con presencia de la parafasia literal, también evidencia una adecuada comprensión dentro del promedio con indicadores de alteración en la repetición de palabras, anormalidad de tipo neurológico, apraxia ideomotora y la lectoescritura perturbada (Benson & Ardila, 1996). Este tipo de afasia puede considerarse una apraxia verbal, cinestésica del habla (Ardila, 2006, p. 64).

De acuerdo con Kertesz (1988) existen diferentes tipos de afasia de conducción, tenemos la aferente y eferente, asimismo, Caplan et al. (1986) mencionaron a la afasia de repetición o reproducción. En ese sentido, del tipo aferente se refiere a la repetición que involucra a la memoria a corto plazo verbal y repetición de secuencias largas producto de un daño del lóbulo temporal. Por otro lado, el eferente hace referencia a la reproducción, involucrando las palabras y su organización fonológica asociados a un daño en el lóbulo parietal e insular.

c. Afasia de Wernicke

Este tipo de afasia cuenta con diferentes denominaciones tales como: afasia acústica –amnésica, afasia receptiva, afasia sensorial y afasia central. Se asocia a un daño producido

en el área 22 de Brodman, específicamente ubicado en el hemisferio izquierdo del lóbulo temporal posterior (Ardila, 2006, p. 68).

En esa línea, la afasia de Wernicke está caracterizada clínicamente por el habla expresivo fluido dentro de lo normal, además de la evocación en exceso (logorrea). De acuerdo con Jakobson (1964) es producido por la pérdida de límites de la oración o frases incompletas, en relación a la articulación, prosodia y estructura gramatical son adecuadas. Al mismo tiempo, se evidencia un déficit en las palabras aun contando con una mayor cantidad de palabras evocadas no se logra entender las ideas expresadas. Los vocablos de igual forma son usuales.

Tabla 3

Características de la Afasia de Wernicke

Características básicas	
Lenguaje conversacional	Fluente parasáfico
Comprensión del lenguaje	Anormal
Repetición	Anormal
Señalar	Anormal
Denominar	Anormal
Lectura en voz alta	Relativamente normal a anormal
Comprensión	Relativamente normal a anormal
Escritura	Anormal
Signos neurológicos asociados	
Sistema motor	Normal
Disartria	Ausente
Perdida de sensibilidad cortical	Ausente
Apraxia	Ausente
Campo visual	Normal o cuadrantanopsia superior
Agnosia visual	Ausente

Fuente: Ardila (2006, p. 69)

Diversas afasias son apreciadas como la de Wernicke, las cuales manifiestan una lesión estructural que prevalece en la amplificación del área de Wernicke, por ello es viable diferenciar dos subtipos, se tiene como primera instancia la afasia Tipo I de Wernicke enfocada a la discapacidad de reconocer los sonidos del lenguaje; la persona mantiene conservada su audición e identifica los sonidos no verbales de manera significativa, sin

embargo, no es capaz de llegar a la comprensión del lenguaje oral puesto que no excluye sus componentes (Ardila, 2006, p. 70).

d. Afasia transcorticales

Los diferentes tipos clínicos de afasias transcorticales descritos a continuación son los más frecuentes y pueden evolucionar a lo largo del tratamiento, llegando a pasar de un cuadro a otro de menor gravedad en función de la mejoría conseguida.

Afasia motora transcortical

Se caracteriza por un lenguaje expresivo espontáneo muy reducido (no fluente). La expresión se realiza con esfuerzo, siendo lenta y breve. La denominación de imágenes está alterada, mientras que la capacidad de repetición es mejor. La comprensión puede estar relativamente preservada. Estos pacientes hablan muy poco y con esfuerzo, pero repiten mucho mejor. También pueden presentar una expresión escrita reducida, mientras que la lectura oral y la comprensión lectora se encuentran preservadas, aunque pueden estar disociadas, es decir, no suelen comprender lo que leen. Si el cuadro mejora puede llegar a evolucionar a una afasia anómica (Figueroba, 2019, p. 46).

Afasia sensorial transcortical

Se caracteriza por una disociación entre una buena capacidad de repetición y un defecto en la comprensión de palabras que el paciente puede repetir, es decir, los pacientes no comprenden lo que repiten. La expresión verbal es fluente, en forma de jerga y con predominio de la ecolalia. La comprensión oral suele estar muy afectada. Estos pacientes pueden repetir muy bien, pero no son capaces de entender lo que repiten. La capacidad lectora puede afectarse en diferentes grados y la comprensión escrita suele estar gravemente

alterada. La expresión escrita también aparece en forma de jerga difícil de entender, es decir, los pacientes escriben como hablan (Figueroba, 2019).

Afasia transcortical mixta

Se caracteriza por la preservación de la repetición y una grave afectación de la expresión y la comprensión. La expresión verbal se reduce a ecolalias y no existe capacidad para denominar imágenes. En este caso, los pacientes no pueden expresarse bien ni comprender, pero pueden repetir, recitar, completar palabras y frases como tanto la lectura como la escritura y la comprensión lectora se encuentran muy afectadas (Figueroba, 2019).

En resumen, de este apartado las afasias constituyen trastornos adquiridos del lenguaje expresivo y/o receptivo debidos a lesión cerebral. Salvo excepciones, también se presentan con alteraciones de la lectura y escritura. Son trastornos muy frecuentes en personas que sufren algún accidente cerebrovascular y una patología desconocida para gran parte de la sociedad actual.

2.2.8 Traumatismo craneoencefálico:

El TEC es conceptualizado como aquel cambio de energía mecánica dada bruscamente lo que ocasiona el deterioro funcional y físico del contenido craneano. Comprende una alteración encefálica, que abarca la amnesia luego del trauma y la alteración a través de un examen neurológico que presenta por imagen la lesión. En otras líneas, es el daño que sufre el cerebro (Martín, 2020).

2.2.9 Tipos de lesiones traumáticas:

Según Cam (2011) los daños traumáticos se clasifican en primarias y secundarias.

- Lesiones primarias: Son aquellas producidas por el golpe entre ellos, se presenta heridas a nivel del cuero cabelludo, daño o fractura en el cráneo.

- Lesiones secundarias: Son aquellas producidas a consecuencia del golpe que generan complicaciones locales y sistémicas, en este tipo de daño se impulsa la activación de sustancias a nivel bioquímico produciendo una presión intracraneal que mayormente induce a la muerte.

Clasificación según severidad

De manera general los TEC se pueden clasificar de acuerdo a la severidad del caso, tal como: leve, moderado, moderado-grave y grave. La medida mayormente aprobada para la clasificación es la escala de Glasgow, sin embargo, existen otro tipo de medida que favorecen comprobar la gravedad del mismo (Illescas, 2003).

Clasificación según severidad: Según Lovett (2019) refiere el siguiente cuadro de clasificación según severidad:

Tabla 4

Clasificación según severidad de las lesiones traumáticas

TEC leve	TEC moderado	TCE moderado/grave	TCE grave
<ul style="list-style-type: none"> · Glasgow 15 · Glasgow 14 a 15 · Impacto de baja energía · No pérdida de consciencia · No focalidad neurológica. 	<ul style="list-style-type: none"> · Glasgow 15 e impacto de media/alta energía · Glasgow 13 o 14 · Pérdida de consciencia <5min · Signos clínicos de fractura de base de cráneo. 	<ul style="list-style-type: none"> · Glasgow 12 a 9 · Focalidad neurológica · Pérdida de consciencia <=5min · Convulsiones persistentes 	<ul style="list-style-type: none"> · Glasgow <=8 · Fractura de base de cráneo · Herida penetrante · Inestabilidad · Hemodinámica

- **Valoración inicial de la gravedad del TCE**

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas en la Escala de Coma de Glasgow (GCS), es la escala de mayor valor pronóstico y uso. Si bien existen diferencias en la derecha e izquierda se debe tomar en cuenta el mejor puntaje de la respuesta motora:

- TCE leve: GCS 15-14
- TCE moderado: GCS 13-9
- TCE severo: GCS ≤ 8

- **Grupos de alto riesgo:**

En relación a la investigación de Cabrera y colaboradores, el grupo de mayor riesgo en padecer un TEC se relaciona directamente al nivel socioeconómico, edad y sexo de la persona.

- **Según sexo:** Es más habitual en los varones a diferencia de las mujeres, con una relación aproximada de 2.8:1.
- **Según edad:** Es más habitual en personas de edades comprendidas desde los 15 hasta los 24 años de edad, y consecutivamente, desde 60 hasta 65 años de edad reiteradamente se observa un elevó en la incidencia.
- **Según el nivel socioeconómico:** Es destacado por la mayor incidencia en las personas de bajos recursos económicos.

A nivel mundial el TEC es visto como un asunto de salud pública crítico y socio-económico, siendo la principal causa de muerte en la población jóvenes y adultos, y con las personas que logran pasar por este proceso la mayoría se quedan en estado de discapacidad. A pesar que, los datos obtenidos indican mayor prevalencia en la calidad se evidencian como insuficientes. En los EE.UU. se cuenta con aproximadamente 5,3 millones de pacientes que tienen algún tipo de discapacidad producto del TEC. Por otro lado, en la Unión Europea se identificaron a 7,7 millones aproximadamente de pacientes que han padecido de TEC y cuentan con discapacidad. Asimismo, la Organización Mundial de

Salud estima que en el periodo 2020 será la primera causante de muerte, así como de discapacidad en la población universal, con una proyección de 10 millones de ciudadanos afectados cada año (Lovett, 2019).

En esa línea, en América Latina, específicamente en Chile, el TEC se ha registrado como la primera causa de muerte en personas de edades comprendidas entre 20 a 40 años de edad, siendo el origen significativo de secuelas de tipo neurológico en pacientes de edad productiva. No se han identificado en publicaciones datos epidemiológicos acerca de la incidencia y prevalencia del TEC en dicho país.

La carga originada por un TEC a las personas involucradas tales como, cuidadores, familiares y paciente sigue estando en mayor gravedad, sin embargo, la cuantificación segura es compleja, por la carencia de datos estandarizados apropiados en relación a los resultados e incidencia del TEC, además la ausencia de métodos habitualmente admitidos para la evaluación sistemática de la carga. El TEC logra intervenir en el estado emocional, la capacidad de cognición y física de la persona. Está claro que va depender del riesgo que conlleva el daño, dichas alteraciones forman deficiencias residuales persistentes que dificultan e impiden al paciente en la realización de actividades habituales de la vida diaria (Lovett, 2019).

El proceso de rehabilitación luego de un TEC grave se compone por tres fases: primero tenemos a la rehabilitación temprana, seguidamente a la rehabilitación hospitalaria y por último la rehabilitación basada en la comunidad post-aguda.

En relación a los recientes estudios, el proceso que conlleva rehabilitar a una persona luego de un TEC grave, corresponde dar inicio en la fase aguda de la atención hospitalaria a fin de potenciar el resultado del paciente y el grado de recuperación. Existen múltiples investigaciones que han coincidido en que la rehabilitación temprana brinda excelentes resultados en personas con TEC grave, favoreciendo un estado total del proceso de

rehabilitación corto y la capacidad funcional mayor, coligada a una mejor tasa en la empleabilidad (Martin, 2020; Rubiano, Charry y Garzón, 2013).

Tipos de traumas:

La alteración cerebral de la función neurológica o patológica se ve originado por una fuerza externa traumática la cual produce una lesión física a nivel del encéfalo. El TEC constituye un problema grave en la salud siendo la causa más frecuente de incapacidad y muerte en las personas jóvenes. Es vista como un tipo de traumatismo que induce a un daño en el cráneo y cuero cabelludo, dicho daño varía dependiendo de si es grave o una pequeña hinchazón en el cráneo. El TEC está clasificado por cerrado y abierto (Charry, Caceres, Salazar, Lopez y Solano, 2017).

Los TEC se clasifican en dos tipos, abiertos y cerrados. Esta clasificación no tiene relación con la gravedad de la lesión, si no con el tipo de daño que se genera en el cráneo. Ambos se diferencian de la siguiente manera: (Charry et al., 2017).

-TEC abierto: se refiere a la alteración de las meninges que cubren al cerebro por un traumatismo

-TEC cerrado: es cuando no hay rotura de las meninges debido al golpe.

Los TEC comprenden:

La conmoción cerebral, un tipo de daño traumático más frecuente a nivel cerebral, donde se produce sacudidas al cerebro. La contusión, visto como un hematoma ubicado en el cerebro. Heridas en el cuero cabelludo. Cisuras a nivel craneal.

Trauma cráneo encefálico leve:

Son clasificadas en el grado “leve”, la persona lesionada en el área del cráneo sufre una pérdida de consciencia menor a cinco minutos y que exterioriza la amnesia

postraumática leve. Las personas se hallan con una adecuada orientación y conscientes ubicándoles en un resultado de quince puntos en la escala de coma de Glasgow (ECG). Se puede observar heridas en la cabeza específicamente en el cuero cabelludo además de un hematoma, más no es viable observar una fractura en el cráneo. Esta lesión puede desencadenar náuseas, cefaleas y vómitos no persistentes, es necesario enfatizar que en este grupo también se consideran la pérdida del conocimiento, ya sea el conocimiento de lo sucedido antes o después del accidente. La mayoría de pacientes del traumatismo craneal leve, obtienen una óptima recuperación y suelen necesitar una mínima atención médica. No obstante, existe una pequeña cantidad de personas que llegan a padecer un deterioro neurológico posterior, producto de la hipertensión intracraneal por edema, o inclusive debido a la presencia de una masa expansiva intracraneal (Martin, 2020).

2.2.10 Componentes de lenguaje:

Es considerado a la lingüística como la investigación a nivel científico del área del lenguaje, debido a que está encargado de explicar los acontecimientos presentes en las diversas lenguas, asimismo la manera en cómo se interrelacionan y actúan en un determinado contexto. La lingüística ha encontrado la información pertinente para evidenciar lo usual en las diversas lenguas, y partiendo de los datos encontrados y recolectados, se da inicio a las múltiples teorías que permiten describir y explicar de manera detallada el lenguaje (Moscote, Alcalá y Gutiérrez, 2013).

En esa línea, el desarrollo del lenguaje en el ser humano ocurre en varias etapas que inician desde el momento mismo del nacimiento. Existen dos teorías del desarrollo de lengua, la primera llamada “innatista” propone que los niños nacen con una habilidad nata para el lenguaje y la otra, llamada “interaccionista”, propone que el lenguaje es aprendido y desarrollado por medio de la interacción social. Existen cuatro componentes principales en

todo lenguaje: Fonología, Semántica, Gramática (Sintaxis y Morfología) y Pragmática. A continuación, se describió los siguientes niveles:

a. Nivel fonético – fonológico

La fonética está encargada de investigar la producción del sonido en relación a la articulación y habla, así como la transportación de estos, asimismo, recepciona los sonidos por el área auditiva (Domínguez y Agelvis, 2003)

En esa línea, la fonología es aquella disciplina encargada de investigar las normas que presiden la sucesión, clasificación y estructura del sonido del habla, así como la constitución de las sílabas, de esta forma cada idioma necesitará emplear diversos sonidos de fonemas y reflejar un significado (Domínguez y Agelvis, 2003).

b. Nivel morfológico y sintáctico:

La morfología es el encargado de investigar acerca de la creación de palabras por medio de la unificación de múltiples sonidos. Cada palabra tiene su origen y del mismo da pase a la creación de múltiples palabras (Jerónimo et al., 2003).

Por otra parte, la sintaxis es la que se encarga de constituir una oración, constituye las normas a seguir para la organización de frases y palabras, además clasificar cuales son aceptables cumpliendo con las reglas gramaticales (Sala, 2020).

c. Nivel léxico y semántico:

Al referirnos al léxico, nos enfocamos a aquel conjunto de palabras apropiadas propio de la persona y su vocabulario, empleadas para la interrelación con otras personas que comparten el mismo idioma. En relación a lo semántico, es aquel estudio del significado del signo lingüístico (Ivanova, García, Martínez y Llorente, 2020).

d. Nivel pragmático:

En esa línea, cuando nos referimos al nivel pragmático, nos enfocamos en la utilización del lenguaje de la persona para favorecer su relación con los demás dadas en una misma situación ((Ivanova, García, Martínez y Llorente, 2020).

2.2.11 Test para afasia

a. Test de Boston

Originalmente de Goodglass y Kaplan (1972) posteriormente adaptado en lengua española por García, Sánchez y del Viso (1986). Es el test más empleado, cuenta con las siglas BDAP pero también conocido como Test de Boston. El objetivo del presente test es diagnosticar el tipo y presencia del cuadro clínico, de esta manera ayudará a inferir la localización del daño y con ello establecer el nivel de actuación de la persona por una batería de pruebas a fin de evaluar las diversas capacidades en el área del lenguaje para posteriormente diseñar estrategias destinadas a la rehabilitación.

El presente test fue elaborado en un centro de rehabilitación para personas afásicas partiendo de un enfoque multidisciplinario, juntamente con la investigación de la influencia neuropatológica de las diversidades de afasia. El diseño del Test de Boston se centra en el análisis de múltiples elementos del lenguaje, lo cual es selectivo ante el daño causado por la afasia, esta selectividad indica la ubicación de la lesión, forma de organización anatómica del lenguaje en el cerebro y la interacción de las funciones del área del lenguaje. Distintos investigadores, tales como Schuell, Jenkins y Jiménez Pabón relacionan la variación significativa con los demás subtests de afasia con la alteración de la capacidad lingüística general (Goodglass y Kaplan, 1972).

b. Test de Bedside

El test de Bedside del lenguaje, es utilizado como un instrumento de tamizaje destinado a la detección de un trastorno afásico general luego de un daño a nivel cerebral, en la parte inicial, agudo y grave. De esta forma, compone una prueba rápida y perceptiva a las modificaciones inicial al entrar en un centro de rehabilitación, permitiendo un tratamiento oportuno. El ambiente de aplicación de la prueba es flexible y el tiempo de aplicación es de aproximadamente diez minutos, muestra en total una puntuación de veinticinco puntos, en las áreas evaluadas, tales como: la comprensión, lectura, repetición, escritura y el lenguaje espontáneo. Se sabe que, si una persona obtiene una puntuación general mayor a diez, se debe complementar la evaluación mediante otra prueba (Sabe, 2008).



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación:

En concordancia con lo indicado por Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) señalaron que es descriptiva ya que aquí el investigador busca recoger información de dos o más muestras con el fin de observar el comportamiento de una variable, tratando de controlar estadísticamente otras variables.

3.2 Tipo de investigación:

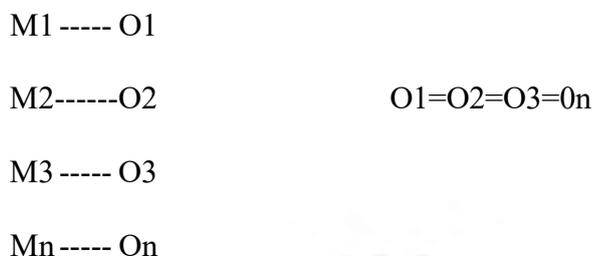
La investigación a desarrollarse será de tipo aplicada, porque se analizará dos resultados el cual que se caracteriza por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se deriven. En esa línea, la investigación aplicada busca conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar (Sánchez y Reyes, 2015).

3.3 Diseño de investigación

En cuanto al diseño de investigación, se tendrá en cuenta el descriptivo comparativo, este diseño parte de la consideración de dos o más investigaciones descriptivas simples, esto es recolectar información relevante en describir muestras, o aspecto de interés y luego caracterizar este fenómeno en base a la comparación de los datos recogidos, pudiendo

hacerse esta comparación en datos generales o en una categoría de ellos (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

Al esquematizar este tipo de investigación obtenemos el siguiente diagrama:



Donde M1, M2, M3, Mn, representa a cada una de las muestras, la información recogida en cada una de las muestras, nos muestran las comparaciones que se realizan.

3.4. Sujetos de investigación:

Para la investigación se tomó una población a 5 pacientes afásicos captados de manera particular que fueron atendidos en un centro hospitalario de Lima en el mes de enero del 2020. Los pacientes tuvieron traumatismo craneoencefálico (TEC) grave. Fueron evaluados en dos momentos, en una etapa inicial para diagnosticar el cuadro afásico por 45min y después de 6 meses se volvió aplicar para medir su evolución con el Test de Boston, esto permitió definir sus habilidades lingüísticas y definir si hay mejoría luego de la intervención.

En esa línea, se excluyeron a los pacientes con disfagia, así como aquellos pacientes que hubieran presentado patologías como déficit cognitivo antes de la lesión y/o sean niños, adultos mayores con enfermedades degenerativas.

El diseño de la muestra fue no probabilística e intencional. La muestra ascendió a 5 pacientes, debido a lo particular de los casos requeridos, teniendo en cuenta que tenían que ser pacientes TEC grave.

3.5 Instrumentos de investigación

Tabla 5

Instrumentos de investigación

Nombre del test	Test de Boston para el diagnóstico de la Afasia
Autor	Dr. Harold Goodglass, con la colaboración de la Dra. Edith Kaplan en el Hospital V.A. de Boston y Centro de Investigación de la Afasia de la Universidad de Boston, Departamento de Neurología, Escuela de Medicina de la Universidad de Boston, en 1972
Adaptación del Test en una población del INR.	Mg. Julia Rado, en 2006
Subtest del Boston	<p>Comprensión Auditiva: Discriminación de palabras, identificación de partes del cuerpo, órdenes y material ideativo complejo.</p> <p>Expresión Oral: Agilidad no verbal, agilidad verbal, secuencias automatizadas, recitado, canto y ritmo, repetición de palabras, repetición de frases y oraciones, lectura de palabras, respuesta de denominación, denominación por confrontación visual, nombrar animales y lectura de oraciones en voz alta.</p>
	Comprensión del lenguaje Escrito: Discriminación de letras y palabras, asociación fonética, emparejar dibujo-palabra y lectura de oraciones y párrafos.
	Escritura: Mecánica de la escritura, recuerdo de los símbolos escritos, encontrar palabras escritas y formulación escrita (Goodglass y Kaplan, 1998).
	Incluye también una prueba de conversación que permite realizar preguntas sobre temas conocidos. A partir de éstas, se obtiene otro perfil con las características del habla (entonación, agilidad articulatoria, forma gramatical, parafasias y fluidez).
Subtest que se utilizan en la presente investigación	<p>Comprensión Auditiva: Discriminación de palabras, identificación de partes del cuerpo, órdenes y material ideativo complejo.</p> <p>Expresión Oral: Agilidad no verbal, agilidad verbal, secuencias automatizadas, repetición de palabras, repetición de frases y oraciones, lectura de palabras, respuesta de denominación, denominación por confrontación visual, nombrar animales y lectura</p>

de oraciones en voz alta. Así como, una prueba de conversación que permite realizar preguntas sobre temas conocidos. A partir de éstas, se obtiene otro perfil con las características del habla (entonación, agilidad articulatoria, forma gramatical, parafasias y fluidez).

Validez y confiabilidad de la adaptación a la población afásica del INR

Se llevó a cabo mediante un análisis lingüístico cuyo fin era adaptar los términos al español de los pobladores de Perú. Para lograr la validez de contenido, se usó el método de criterio de jueces (Rado, 2006). Lo que concierne a la confiabilidad del test, se llevó a cabo con el método de consistencia interna del alfa de Cronbach y no hubo la necesidad de erradicar ningún ítem. Luego del análisis de ítems, se obtuvo un total de 274 ítems, a diferencia de la versión española que posee 282 ítems. Comparándola con la versión original, se realizaron pocos cambios como el reordenamiento de algunos ítems y la inserción de 3 nombres de partes del cuerpo en el subtest de denominación por confrontación, junto con la anulación del subtest de denominación de partes del cuerpo (Rado, 2006).

3.6 Variables de estudio

La variable de estudio es el perfil lingüístico, que consiste en determinar las características lingüísticas en sus diferentes componentes de lenguaje. Se hará la medición en 2 momentos. La definición operacional, es la variable que se mide por la cual el perfil lingüístico se mide a través de tales pruebas:

- Sub test de Habla de Conversación y Exposición
- Sub test de Identificación de las partes del cuerpo
- Sub test de discriminación de palabras
- Sub test de órdenes
- Sub test de agilidad oral
- Sub test de asociación fonética
- Sub test de emparejar dibujo-palabras
- Sub test de secuencias automáticas
- Sub test de repetición de palabras

- Sub test de repetición de frases y oraciones
- Sub test de lectura de palabras
- Sub test de respuesta de denominación
- Sub test de respuesta de denominación
- Sub test de denominación de partes del cuerpo
- Nombrar Animales
- Sub test de lectura de oraciones en voz alta

3.7 Procedimiento de recolección de datos

- Para la recolección de los datos se procedió a realizar las siguientes acciones: -
Coordinación de las autoridades de CPAL para obtener la carta de presentación.
- Coordinación de manera particular para horarios de evaluación de los pacientes.
- Firma del Consentimiento Informado por parte del paciente y su representante (Ver Anexo)
- Evaluación de los pacientes programados (según los protocolos de bioseguridad).
- Se trató de darles las instrucciones más claras y precisas para evitar cualquier sesgo en la información y darles la máxima libertad y comodidad a los pacientes, por lo que se respetaron todos los principios éticos.

3.8 Técnicas de procedimiento y análisis de datos

- Se programaron las sesiones con los pacientes para aplicar los subtest seleccionados en el test de Boston
- Transcripción de los datos de los subtest señalados en tablas
- Análisis cualitativo de los resultados de los subtest, de manera individual

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan las transcripciones como resultado de las entrevistas mediante el test de Boston adaptado. En primer lugar, se realizó la extracción de los datos iniciales de la evaluación de los pacientes con traumatismo craneoencefálico severo. En segundo lugar, se realizó vía zoom la aplicación del Test de Boston para luego realizar la comparación y definir la evolución de cada caso.

En esa línea, se identificaron las variaciones y similitudes de sus habilidades lingüísticas en pacientes con TEC grave durante el proceso de interacción, cumpliendo los objetivos planteados.

4.1 Presentación de resultados:

4.1.1 Resultados descriptivos sobre características demográficas y clínicas de los pacientes evaluados:

En la tabla 6 se registran las características demográficas de los pacientes evaluados, donde el 80% de ellos pertenece al sexo masculino y el 20%, al sexo femenino; la edad promedio es de 29,80 años, mientras que en educación la media es de 12 años. Respecto a las características clínicas, se observa que en tiempo de enfermedad el promedio equivale a 3,90 años; en cuanto a la asistencia a terapia, el

100% de los pacientes manifestaron que asistieron; y la media en meses de la terapia recibida es igual a 17,20.

Tabla 6

Estadísticos descriptivos sobre las características demográficas y clínicas de los pacientes evaluados

Características demográficas	Sexo	Femenino	1	20%
		Masculino	4	80%
	Edad (años)	Media = 29,80	DE = 10,710	Rango = 29
	Educación (años)	Media = 12,00	DE = 4,848	Rango = 12
Características clínicas	Tiempo de enfermedad (años)	Media = 3,90	DE = 2,1331	Rango = 4,5
	Asistencia a terapia	Sí	5	100,0%
	Terapia (meses)	Media = 17,20	DE = 17,196	Rango = 33

4.1.1 Resultados paciente 1

Tabla 07

R. N.: Rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final

Dimensión	Evaluación Inicial		Final	
	Puntaje	Porcentaje	Puntaje	Porcentaje
Identificación de partes del cuerpo (18)	0	0,0%	0	0,0%
Discriminación Derecha-Izquierda (2)	0	0,0%	0	0,0%
Discriminación de palabras (70)	0	0,0%	18	25,7%
Órdenes (12)	0	0,0%	2	16,7%
Material ideativo complejo (12)	0	0,0%	0	0,0%
No verbal (12)	0	0,0%	5	41,7%
Verbal (14)	0	0,0%	0	0,0%
Agilidad oral (26)	0	0,0%	5	19,2%
Secuencias automatizadas (8)	0	0,0%	0	0,0%
Repetición de palabras (10)	0	0,0%	0	0,0%
Repetición de frases y oraciones C1 (8)	0	0,0%	0	0,0%

Repetición de frases y oraciones C2 (8)	0	0,0%	0	0,0%
Repetición de frases y oraciones (16)	0	0,0%	0	0,0%
Lectura de palabras (30)	0	0,0%	0	0,0%
Respuesta de denominación 1 (27)	0	0,0%	0	0,0%
Respuesta de denominación 2 (96)	0	0,0%	0	0,0%
Denominación de partes del cuerpo (30)	0	0,0%	0	0,0%
Nombrar animales (20)	0	0,0%	0	0,0%
Lectura de oraciones en voz alta (10)	0	0,0%	0	0,0%
Discriminación de letras y palabras (10)	0	0,0%	0	0,0%
Reconocimiento de palabras (8)	0	0,0%	0	0,0%
Comprensión del deletreo oral (8)	0	0,0%	0	0,0%
Asociación fonética (16)	0	0,0%	0	0,0%
Emparejar dibujo-palabra (10)	0	0,0%	0	0,0%
Lectura de oraciones y párrafos (10)	0	0,0%	0	0,0%

Interpretación:

En la tabla 07. Se observa que el Caso n°1, presentó avances importantes en el lenguaje comprensivo como en la agilidad oral no verbal que vario del 0% al 41,7% y en la discriminación de palabras en un 25,7% haciendo uso de gestos y órdenes simples en un 16,7%. En contraste no se evidenció avances en relación al lenguaje expresivo y la lectura.

4.1.2 Resultados paciente 2

Tabla 08

J.G.: Rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final

Dimensión	Evaluación Inicial		Final	
	Puntaje	Porcentaje	Puntaje	Porcentaje
Identificación de partes del cuerpo (18)	7	38,9%	16	88,9%
Discriminación Derecha-Izquierda (2)	0	0,0%	0	0,0%
Discriminación de palabras (70)	10	14,3%	68	97,1%
Órdenes (12)	2	16,7%	3	25,0%
Material ideativo complejo (12)	0	0,0%	8	66,7%
No verbal (12)	2	16,7%	11	91,7%
Verbal (14)	0	0,0%	11	78,6%
Agilidad oral (26)	2	7,7%	22	84,6%
Secuencias automatizadas (8)	1	12,5%	6	75,0%
Repetición de palabras (10)	1	10,0%	10	100,0%
Repetición de frases y oraciones C1 (8)	0	0,0%	4	50,0%
Repetición de frases y oraciones C2 (8)	0	0,0%	0	0,0%
Repetición de frases y oraciones (16)	0	0,0%	4	25,0%
Lectura de palabras (30)	3	10,0%	30	100,0%
Respuesta de denominación 1 (27)	0	0,0%	25	92,6%
Respuesta de denominación 2 (96)	0	0,0%	96	100,0%
Denominación de partes del cuerpo (30)	0	0,0%	29	96,7%
Nombrar animales (20)	0	0,0%	11	55,0%
Lectura de oraciones en voz alta (10)	1	10,0%	10	100,0%
Discriminación de letras y palabras (10)	0	0,0%	10	100,0%
Reconocimiento de palabras (8)	0	0,0%	7	87,5%
Comprensión del deletreo oral (8)	0	0,0%	3	37,5%
Asociación fonética (16)	0	0,0%	10	62,5%
Emparejar dibujo-palabra (10)	0	0,0%	10	100,0%
Lectura de oraciones y párrafos (10)	1	10,0%	10	100,0%

En la tabla nº08 del caso nº2, se observa que el paciente tuvo una evolución favorable en el lenguaje comprensivo, expresivo y la lectura obteniendo el 100% de éxito en las siguientes dimensiones: discriminación de letras y palabras, repetición de palabras, lectura de oraciones y párrafos y respuesta de denominación. Aunque se observó en las siguientes dimensiones: comprensión de deletreo (0%), repetición de frases y oraciones C2 (0%) y

discriminación derecha-izquierda (0%), los puntajes más bajos.

4.1.3 Resultados paciente 3

Tabla 09

S.Q: Rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final

Dimensión	Evaluación Inicial		Final	
	Puntaje	Porcentaje	Puntaje	Porcentaje
Identificación de partes del cuerpo (18)	6	33,3%	18	100,0%
Discriminación Derecha-Izquierda (2)	0	0,0%	2	100,0%
Discriminación de palabras (70)	10	14,3%	58	82,9%
Órdenes (12)	1	8,3%	2	16,7%
Material ideativo complejo (12)	2	16,7%	5	41,7%
No verbal (12)	0	0,0%	12	100,0%
Verbal (14)	0	0,0%	14	100,0%
Agilidad oral (26)	0	0,0%	26	100,0%
Secuencias automatizadas (8)	2	25,0%	7	87,5%
Repetición de palabras (10)	0	0,0%	7	70,0%
Repetición de frases y oraciones C1 (8)	0	0,0%	8	100,0%
Repetición de frases y oraciones C2 (8)	0	0,0%	8	100,0%
Repetición de frases y oraciones (16)	0	0,0%	16	100,0%
Lectura de palabras (30)	1	3,3%	30	100,0%
Respuesta de denominación 1 (27)	0	0,0%	18	66,7%
Respuesta de denominación 2 (96)	0	0,0%	50	52,1%
Denominación de partes del cuerpo (30)	3	10,0%	30	100,0%
Nombrar animales (20)	0	0,0%	8	40,0%
Lectura de oraciones en voz alta (10)	1	10,0%	6	60,0%
Discriminación de letras y palabras (10)	3	30,0%	9	90,0%
Reconocimiento de palabras (8)	4	50,0%	0	0,0%
Comprensión del deletreo oral (8)	0	0,0%	2	25,0%
Asociación fonética (16)	1	6,0%	2	12,5%
Emparejar dibujo-palabra (10)	3	30,0%	7	70,0%
Lectura de oraciones y párrafos (10)	0	0,0%	10	100,0%

En la tabla 09, el caso nº3, el paciente tuvo una evolución favorable en el lenguaje comprensivo, expresivo y la lectura obteniendo el 100% de éxito en las siguientes dimensiones: identificación de partes del cuerpo, discriminación de derecha-izquierda,

agilidad oral, repetición de frases y oraciones, denominación de partes del cuerpo y lectura de palabras y oraciones. Aunque se observó dificultades en órdenes complejas, obteniendo un porcentaje de 16,7% y asociación fonética en un porcentaje de 12,5%, así como el reconocimiento de palabras a un porcentaje de 0%.

4.1.4 Resultados paciente 4

Tabla 10

B.D: Rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final

Dimensión	Evaluación Inicial		Final	
	Puntaje	Porcentaje	Puntaje	Porcentaje
Identificación de partes del cuerpo (18)	15	83,3%	15	83,3%
Discriminación Derecha-Izquierda (2)	1	50,0%	2	100,0%
Discriminación de palabras (70)	30	42,9%	60	85,7%
Órdenes (12)	1	8,3%	2	16,7%
Material ideativo complejo (12)	4	33,3%	12	100,0%
No verbal (12)	4	33,3%	11	91,7%
Verbal (14)	0	0,0%	8	57,1%
Agilidad oral (26)	4	15,4%	19	73,1%
Secuencias automatizadas (8)	3	37,5%	7	87,5%
Repetición de palabras (10)	0	0,0%	8	80,0%
Repetición de frases y oraciones C1 (8)	0	0,0%	7	87,5%
Repetición de frases y oraciones C2 (8)	0	0,0%	2	25,0%
Repetición de frases y oraciones (16)	0	0,0%	9	56,3%
Lectura de palabras (30)	0	0,0%	30	100,0%
Respuesta de denominación 1 (27)	1	3,7%	27	100,0%
Respuesta de denominación 2 (96)	13	13,5%	96	100,0%
Denominación de partes del cuerpo (30)	10	33,3%	30	100,0%
Nombrar animales (20)	0	0,0%	13	65,0%
Lectura de oraciones en voz alta (10)	0	0,0%	10	100,0%
Discriminación de letras y palabras (10)	4	40,0%	6	60,0%
Reconocimiento de palabras (8)	1	12,5%	4	50,0%
Comprensión del deletreo oral (8)	0	0,0%	4	50,0%
Asociación fonética (16)	1	6,3%	8	50,0%
Emparejar dibujo-palabra (10)	10	100,0%	10	100,0%
Lectura de oraciones y párrafos (10)	0	0,0%	10	100,0%

En la tabla 10, el caso n°4, el paciente tuvo una evolución favorable en el lenguaje comprensivo, expresivo y la lectura obteniendo el 100% de éxito en las siguientes dimensiones discriminación derecha-izquierda, material ideativo complejo, lectura de palabras, respuesta de denominación, denominación de partes del cuerpo, emparejar dibujo-palabra, lectura de oraciones y párrafos. Aunque se observó un bajo porcentaje en la dimensión ordenes complejas obteniendo un porcentaje equivalente a 16,7%. Estos resultados se explicarían por la terapia constante y frecuente, así como el apoyo de la familia, para reforzar lo sugerido en las terapias.

4.1.5 Resultados paciente 5

Tabla 11

F.S: Rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final

Dimensión	Evaluación Inicial		Final	
	Puntaje	Porcentaje	Puntaje	Porcentaje
Identificación de partes del cuerpo (18)	10	55,6%	16	88,9%
Discriminación Derecha-Izquierda (2)	0	0,0%	2	100,0%
Discriminación de palabras (70)	17	24,3%	70	100,0%
Órdenes (12)	2	16,7%	5	41,7%
Material ideativo complejo (12)	2	16,7%	10	83,3%
No verbal (12)	4	33,3%	11	91,7%
Verbal (14)	2	14,3%	14	100,0%
Agilidad oral (26)	6	23,1%	25	96,2%
Secuencias automatizadas (8)	6	75,0%	7	87,5%
Repetición de palabras (10)	7	70,0%	10	100,0%
Repetición de frases y oraciones C1 (8)	3	37,5%	6	75,0%
Repetición de frases y oraciones C2 (8)	1	12,5%	8	100,0%
Repetición de frases y oraciones (16)	4	25,0%	14	87,5%
Lectura de palabras (30)	7	23,3%	30	100,0%
Respuesta de denominación 1 (27)	4	14,8%	27	100,0%
Respuesta de denominación 2 (96)	19	19,8%	91	94,8%
Denominación de partes del cuerpo (30)	5	16,7%	30	100,0%
Nombrar animales (20)	0	0,0%	11	55,0%
Lectura de oraciones en voz alta (10)	0	0,0%	10	100,0%

Discriminación de letras y palabras (10)	3	30,0%	10	100,0%
Reconocimiento de palabras (8)	6	75,0%	8	100,0%
Comprensión del deletreo oral (8)	0	0,0%	5	62,5%
Asociación fonética (16)	6	37,5%	13	81,3%
Emparejar dibujo-palabra (10)	3	30,0%	10	100,0%
Lectura de oraciones y párrafos (10)	0	0,0%	10	100,0%

En la tabla n°11, el caso N°5 tuvo una evolución favorable en el lenguaje comprensivo, expresivo y la lectura obteniendo el 100% de éxito en las siguientes dimensiones: discriminación de palabras, discriminación de derecha-izquierda, agilidad verbal, repetición de frases y oraciones, denominación de partes del cuerpo, lectura de oraciones en voz alta, reconocimiento de palabras, emparejar dibujo-palabra y lectura de oraciones y párrafos. Aunque se observó dificultades en órdenes complejas, obteniendo un porcentaje de 41,7% y nombrar animales en un porcentaje de 55,0%, así como la comprensión del deletreo oral en un 62,5%. Estos cambios estarían relacionados por la intervención oportuna y el refuerzo de la familia.

Cabe mencionar que los 5 casos estuvieron en la UCI (Unidad de cuidados intensivos con el diagnóstico de TEC grave).

A continuación, se muestran las tablas, se agruparon los ítems para obtener 3 dimensiones de evaluación como son:

- El lenguaje expresivo
- Lenguaje comprensivo
- Lectura

En la tabla 12, se aprecia que el paciente F.S presenta, de acuerdo a la evaluación final, progresos significativos que superan el 90% en cada uno de los componentes del Test de Boston administrado. No obstante, cabe señalar que el progreso más visible en el desempeño del paciente es más evidente en el componente de Lectura, donde en la

evaluación inicial registra solo un 18,1%, en tanto que en su evaluación final alcanza el 93,4%.

Tabla 12

F.S: Resumen en tres componentes del rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final

Componente	Evaluación Inicial		Final	
	Puntaje	Porcentaje	Puntaje	Porcentaje
Lenguaje comprensivo (114)	31	27,2%	103	90,4%
Lenguaje expresivo (60)	23	38,3%	56	93,3%
Lectura (259)	47	18,1%	242	93,4%
Total (433)	101	23,3%	401	92,6%

En la tabla 13, se aprecia que el paciente R.N presenta, de acuerdo a la evaluación final, progresos significativos con una media del 5,8% de los componentes del Test de Boston administrado. No obstante, cabe señalar que el progreso más visible en el desempeño del paciente es más evidente en el componente de lenguaje comprensivo, donde en la evaluación inicial registra solo un 0%, en tanto que en su evaluación final alcanza el 17,5%.

Tabla 13

R. N.: Resumen en tres componentes del rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final

Componente	Evaluación Inicial		Final	
	Puntaje	Porcentaje	Puntaje	Porcentaje
Lenguaje comprensivo (114)	0	0,0%	20	17,5%
Lenguaje expresivo (60)	0	0,0%	5	8,3%
Lectura (259)	0	0,0%	0	0,0%
Total (433)	0	0,0%	25	5,8%

En la tabla 14, se aprecia que el paciente S.Q presenta, de acuerdo a la evaluación final, progresos significativos con el mayor porcentaje de 50% de los componentes del Test de Boston administrado. No obstante, cabe señalar que el progreso más visible en el desempeño del paciente es más evidente en el componente de lenguaje expresivo, donde en la evaluación inicial registra solo un 3,3 %, en tanto que en su evaluación final alcanza el 93,3%.

Tabla 14

S. Q.: Resumen en tres componentes del rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final

Componente	Evaluación Inicial		Final	
	Puntaje	Porcentaje	Puntaje	Porcentaje
Lenguaje comprensivo (114)	19	16,7%	85	74,6%
Lenguaje expresivo (60)	2	3,3%	56	93,3%
Lectura (259)	15	5,8%	170	65,6%
Total (433)	36	8,3%	311	71,8%

En la tabla 15, se aprecia que el paciente J.G. presenta, de acuerdo a la evaluación final, progresos con un porcentaje mayor a 60% de los componentes del Test de Boston administrado. No obstante, cabe señalar que el progreso más visible en el desempeño del paciente es más evidente en el componente de la lectura, donde en la evaluación inicial registra solo un 1,9 %, en tanto que en su evaluación final alcanza el 93,1%.

Tabla 15

J. G: Resumen en tres componentes del rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final

Componente	Evaluación Inicial		Final	
	Puntaje	Porcentaje	Puntaje	Porcentaje
Lenguaje comprensivo (114)	19	16,7%	95	83,3%
Lenguaje expresivo (60)	4	6,7%	42	70,0%
Lectura (259)	5	1,9%	241	93,1%
Total (433)	28	6,5%	378	87,3%

En la tabla 16, se aprecia que el paciente B.D. presenta, de acuerdo a la evaluación final, progresos significativos con el mayor porcentaje de 75% de los componentes del Test de Boston administrado. No obstante, cabe señalar que el progreso más visible en el desempeño del paciente es más evidente en el componente de lenguaje expresivo, donde en la evaluación inicial registra solo un 11,7 %, en tanto que en su evaluación final alcanza el 93,3%.

Tabla 16

B.D: Resumen en tres componentes del rendimiento en el Test de Boston en las evaluaciones inicial y final

Componente	Evaluación Inicial		Final	
	Puntaje	Porcentaje	Puntaje	Porcentaje
Lenguaje comprensivo (114)	53	46,5%	91	79,8%
Lenguaje expresivo (60)	7	11,7%	43	93,3%
Lectura (259)	39	15,1%	240	92,7%
Total (433)	99	22,9%	374	86,4%

4.2 Discusión de resultados:

En la investigación el objetivo fue determinar el perfil lingüístico de los pacientes pos TEC y observar la evolución del paciente después 6 meses de una evaluación inicial. Considerando los factores dependientes de la lesión, es necesario destacar que las lesiones súbitas, como los TCE o los ACV tienen un mejor pronóstico de recuperación que los procesos de plasticidad cerebral en pacientes con daño adquirido o progresivo, observando coincidencia en lo investigado, en un porcentaje mayor de 50%.

Según Bravo en su tesis “Características clínicas y epidemiológicas del traumatismo craneoencefálico en pacientes pediátricos en el hospital III- ESSALUD Juliaca”, en la mayoría de casos presentaron Traumatismo Cráneo encefálico leve, con predominio masculino, siendo las caídas el mecanismo de lesión más frecuente, y la cefalea el síntoma predominante. (2015-2016;18-19). En relación al predominio del sexo masculino coincide con el presente trabajo de investigación, ya que el 80 % de nuestra población estudiada es de sexo masculino, siendo también las caídas y el accidente de tránsito la causa del TEC.

Según la investigación de “Caracterización de las alteraciones del lenguaje expresivo y comprensivo, en motociclistas con trauma craneoencefálico” atendidos en la fundación clínica María Reina, Sincelejo con mínimo de 6 meses de evolución se observó que, al aplicar el Test Boston, en cuanto al lenguaje comprensivo se encontró que el 40,32% (25

pacientes), 62,90% (39 personas) y 50, 00% (31 individuos) obtuvo un rendimiento superior para los ítem de discriminación de palabras, órdenes y material ideativo complejo, respectivamente, mostrando los mismos resultados en los casos estudiados, ya que los 5 casos, tuvieron un avance significativo entre la evaluación inicial y final , obteniendo un porcentaje mayor del 75%. No se consideró a pacientes con dificultades cognitivas y de habla.

En esa línea, el 6,45% correspondiente a los 4 casos de TEC severo, exhibió un bajo rendimiento en todas las tareas de expresión concernientes a fluidez, respuestas sociales sencillas, articulación, recitado, repetición y denominación. Estos hallazgos se relacionan con la investigación realizada en los 4 pacientes de la totalidad de casos estudiados, con un porcentaje en el lenguaje expresivo mayor e igual del 70% en la cual se pone en manifiesto la ausencia total del lenguaje y la dificultad para producir oraciones gramaticales en un paciente con trauma severo, de la misma manera García y Campo, muestra que sus pacientes evaluados obtuvieron un 90%.

Los pacientes con TEC, exhibieron un rendimiento deficiente en todas las tareas de expresión incluyendo la fluidez, respuestas sociales sencillas, articulación, recitado, repetición y denominación. Estos hallazgos se relacionan con la investigación realizada por Moran et al. (2013) en la cual se pone en manifiesto la ausencia total del lenguaje y la dificultad para producir oraciones gramaticales en un paciente con trauma severo. Asimismo, los pacientes con TEC coincidieron con los de la investigación ya que presentaron errores lingüísticos expresivos con un porcentaje máximo de 90% y mínimo del 8 % en lenguaje expresivo, un 59% de agilidad articulatoria, tareas de expresión relacionando su articulación, repetición y denominación; evidenciando un 96% mutismo, 96 % ecolalia y un 88% de agramatismo, presentan errores lingüísticos relacionándose con la investigación

CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos a nivel sociodemográfico no difieren de los que reporta la literatura con relación a género, edad, nivel socioeconómico y educativo, así mismo la frecuencia de afectación en los pacientes.
- Los accidentes de tránsito son las principales causas de traumatismos craneoencefálicos, teniendo 4 de los 5 casos evaluados un factor determinante de su lesión.
- No hay una evolución uniforme en pacientes con TEC y varía sus resultados.
- La edad de los participantes, el diagnóstico clínico de los participantes del estudio y la duración del intervalo entre las evaluaciones influyen en el tratamiento evolutivo; el periodo de intervención no es el único factor de avance.
- Las características de lenguaje expresivo y comprensivo en la muestra valorada con TCE evidencia que, de forma general, para todas las tareas la mayoría de los pacientes presentó conservación (mayor al 70%) y sólo una minoría reportó alteraciones de acuerdo a los percentiles que determinaban su rendimiento. En los pacientes con TCE severos se han mostrados avances significativos, aun así, se

evidencia en estos últimos un mayor índice de complejidad en los errores presentados, dada la severidad de sus lesiones.

- De manera general se concluye que los traumatismos encéfalo-craneanos no sólo generan alteraciones a nivel lingüístico; sino también, a nivel social, familiar y económico, afectando la calidad de vida del paciente. Situación que genera gran impacto social, atendiendo a la frecuencia con la cual se están presentando estos eventos en edad productivas, por tanto, esto representa un desbalance económico no sólo para las personas implicadas, sino para el estado y las entidades de salud.



RECOMENDACIONES

- Realizar un mayor número de investigaciones, en las cuales se haga énfasis en las repercusiones lingüísticas de los traumatismos moderados y severos, tomando en consideración la ampliación de la población a evaluar para que el análisis nos permita tener un alcance y diagnóstico de la evaluación de los pacientes afectados.
- Desarrollar estudios de investigación donde se use un grupo control para determinar los avances en el lenguaje y en otras funciones ejecutivas en los pacientes, efectuar comparaciones con otras etiologías, pero con similar tipo de afasia para ver la evaluación y avance de los pacientes, y con ello poder comparar los resultados.
- Correlacionar los tipos de TEC (leve, moderado y severo) con variables como el tiempo de la lesión, el lugar del daño y la edad de los pacientes, entre otros, con el fin de mejorar sus dificultades en el lenguaje, para ello es necesario que es tipo de estudio contemple una población más grande para evaluar los resultados.
- Promover programas de prevención que posibiliten comenzar a reflexionar sobre estrategias y métodos de intervención que contemplen de manera integral los aspectos individuales y familiares en la rehabilitación, permitiendo la prevención de consecuencias negativas de los traumatismos, sin centrarse únicamente en el afectado y sus dificultades, si no el apoyo del entorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUADO, G., FERNÁNDEZ, A., GAMBRA, S., PERELLÓ, E. & VILA, J.

2014 *Trastornos del habla y de voz*. Editorial UOC

ALFARO, M. & APARICIO, C.

2017 *Análisis lingüísticos de aspectos comprensivos y expresivos en afasia infantil*.

Tesis maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú.

ALTED, E.; BERMEJO, S. & CHICO, M.

2009 Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. *Medicina Intensiva*, 33(1); 16-30.

ÁLVAREZ, L. & BERMÚDEZ, A.

2008 *Afasis. Logopedia y foniatría*. Cuba

ARDILA, A.

2006 *Las Afasias*. Departamento de Ciencias y Trastornos de la Comunicación. Universidad Internacional de la Florida. Miami, Estados Unidos.

BENSON, D.

1979 *Aphasia, alexia and agraphia*. New York: Churchill Livingstone.

BENSON, D. & ARDILA, A.

1996 *Aphasia: A clinical perspective*. New York: Oxford University Press.

BENSON, D. & GESCHWIND, N.

1971 *Aphasia and related cortical disturbances*. A.B. Baker and L.H. Baker (eds) *Clinical Neurology*. New York: Harper and Row.

BOROD, J.; GOODGLASS, H. & KAPLAN, E.

2008 Normative data on the boston diagnostic aphasia examination, parietal lobe battery, and the boston naming Test. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 2.

CAM, J.

2011 Manejo inicial del paciente con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana aguda. *Acta Médica Peruana*, 28(1).

CAPLAN, D.; VANIER, M. & BAKER, C.

1986 A case of reproduction conduction aphasia I: word production. *Cognitive Neuropsychology*, 3, 99-128.

DEMEY, I., ALLEGRI, R. & BARRERA-VALENCIA, M.

2014 Bases Neurobiológicas de la Rehabilitación. *CES Psicología*, 7(1), 130-140.
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v7n1/v7n1a11.pdf>

DOMÍNGUEZ, C. & AGELVIS, V.

2003 *La lingüística: El análisis de la lengua*. Universidad de los Andes.

GUILLÉN, D.; ZEA, A.; GUILLÉN, A.; SITU, M.; REYNOSO, C.; MILLA, L.; BRAVO, E.; ESPINOZA, I. & MEDINA

2013 Traumatismo encéfalocraneano en niños atendidos en un hospital nacional de Lima, Perú 2004-2011. *Revista Perú Med Exp Salud Publica*, 30(4), 630-634.

FIGUEROBA, A.

2019 *Afasia transcortical (sensorial, motora y mixta)*. *Psicología y Mente*.
<https://psicologiymente.com/clinica/afasia-transcortical>

GOLDSTEIN, K.

1948 *Language and language disturbances*. New York: Grune & Stratton

GOODGLASS, H.

1996 *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. Pensilvania. Editorial Médica Panamericana.

GOODGLASS, H. & KAPLAN, E.

1996 *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados* (2ª Ed.). Madrid: Médica Panamericana

HEAD, H.

1926 *Aphasia and kindred disorders of speech*. London: Cambridge University Press.

HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. & BAPTISTA, P.

2014 *Metodología de la Investigación*. (6º ed.). McGraw-Hill. ISBN: 978-1-4562-2396-0.
<https://bit.ly/3ms0jDi>

HERNÁNDEZ, R. & MENDOZA, C.

2018. *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Editorial Mc Graw Hill Education.

HÉCAEN H.

1977 *Afasia y apraxias*. Buenos Aires: Paidós.

HÉCAEN, H. & ALBERT, M.

1978 *Human neuropsychology*. New York: Wiley

ILLESCAS, G.

2003 *Escalas e índices de severidad en trauma*. *Trauma*, 6(3), 88-94

IVANOVA, O.; GARCÍA, J.; MARTÍNEZ, I. & LLORENTE, T.

2020 La habilidad léxico-semántica en la Enfermedad de Alzheimer: Un estudio de la fluidez verbal con categorías semánticas. *Revista Signos. Estudios de Lingüística*, 53(102), 319-342.

JERÓNIMO, S., SALAZAR, H., VÁZQUEZ, G. & MÉNDEZ, Z.

2003 *Afasia. Un trastorno del lenguaje de fisiopatología compleja y origen multifactorial*. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 8(1), 20-27.

JIMÉNEZ, M.

2011 Intervenciones en las alteraciones del lenguaje y la comunicación. *Revista Digital Innovación y experiencias educativas*. ISSN 1988-6047

JUNQUÉ, C.

2008 *Trastornos del lenguaje. Afasias, apraxias y agnosias*.
<http://ub.cv.universidad.org/modules/printmodule.jsp>

JUNQUE, C.; BRUNA, O.; MATARO, M. & PUYUELO. M.

1998 *Traumatismos craneoencefálicos. Un enfoque desde la neuropsicología y la logopedia*.
Barcelona: Masson

KERTESZ, A.

1988 ¿What do we learn from recovery from aphasia? En: S.G. Waxman (ed), *Advances in Neurology*, 47: Functional recovery in neurological diseases. New York: Raven Press.

LAGOS, G.; BUITRAGO, K.; CORREA, L.; DANIELLS, M.; ECHEVERRI, S.,
AUGUSTO, J.; GALARZA, A., GAÑÁN, M.; GAVIRIA, A.; GIRALDO, C. & GÓMEZ,
S.

2014 *Guía de Rehabilitación en TEC*. Universidad Tecnológica de Pereira.
<https://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/02/TEC.pdf>

LA MADRID, J.

2009 *Perfil epidemiológico del traumatismo encefalocraneano grave en pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Regional Docente "Las Mercedes" Chiclayo, Lambayeque - Perú 2008*. Tesis título, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

LOVETT, B.

2019 *Intervención de enfermería en pacientes con traumatismo encefalo craneal en el servicio de emergencias y desastres*. [Universidad Nacional del Callao].

- LUBRINI, G.; VIEJO, R.; PERIÁÑEZ, J.; CICUENDEZ, M.; CASTAÑO, A.; GONZÁLEZ, J.; LAGARES, A. & RÍOS, M.
2020 Evolución de las alteraciones cognitivas tras un traumatismo craneoencefálico: ¿hay mejoría tras controlar el efecto de la práctica? *Revista de Neurología*, 70(2).
- LURIA, A.
1980 *Higher cortical functions in man*. New York: Basic, 2nd edition.
- LURIA, A.
1966 *Human brain and psychological processes*. New York: Harper & Row.
- MARTIN, R.
2020 Actualización en el diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico. *Revista NPunto*, 3(25).
- MARQUEZ, B.
2016 *Procesos de plasticidad cerebral en pacientes con daño adquirido*. Universidad de Sevilla. <https://bit.ly/3lbkLsZ>
- MAYCO, J.; URIOL, R. & ZAPATA, G.
2010 *Análisis y descripción del componente léxico en pacientes con afasias atípicas*. Tesis maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- MILNER, B
1986 Interhemispheric differences in the localization of psychological processes in man. *British Medical Bulletin*, 27, 272-277.
- MORALEDA, E.; ROMERO, M. & CAYETANO, M.
2011 Perfil cognitivo de los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave: un Estudio a los dos años de evolución. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 6(1), 42-48
- MORAN, G.; SOLOVIEVA, Y.; QUINTANAR, L. & MACHINS
2013 Rehabilitación neuropsicológica en un caso de afasia dinámica en una paciente zurda. *Neuropsicología Latinoamericana*, 5. <http://dx.doi.org/10.5579/rnl.2013.0116>

MOSCOTE, L.; ALCALÁ, G. & GUTIERREZ, J.

2013 Manejo perioperatorio del trauma craneoencefálico. *Neurocirugía*, 22(1).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2004 *TCE - Traumatismo craneoencefálico*

PÉREZ, A.

2011 *Cambios cognitivos, conductuales y emocionales agudos en pacientes con trauma craneoencefálico moderado y severo*. [Tesis maestría, Universidad de San Buenaventura].

PINTO D, ZEA-VERA A, GUILÉN-MENDOZA D, SITU-KCOMT M, REYNOSO-OSNAYO C, MIYA-VERA LM, et al.

2013 Traumatismo encéfalocraneano en niños atendidos en un hospital nacional de Lima, Perú 2004-2011. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(4), 630-4.

RADO, J.

2006 *Adaptación del test de Boston a la población afásica que acude al INR*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

2020 *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed.

RUBIANO A, CHARRY J, & GARZÓN E.

2013 *Trauma Craneoencefálico Grave*. Green Book, 11, 110-128.

SABE, L.

2008 Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: "Bedside de lenguaje". *Neurol*, 46, 454-60.

SALA, M.

2020 *Trastornos del desarrollo de lenguaje oral y escrito*. Congreso de actualización de Pediatría.

SÁNCHEZ, H. & REYES, C.

2015 *Metodología y diseños en investigación científica*. Edit. Visión Universitaria. Lima – Perú.

VERGER, K.; SERRA, J.; JUNQUE, C.; ÁLVAREZ, A.; BARTREZ, D. & MERCADER, J.

2001 Estudios de las secuelas a largo plazo de los traumatismos craneoencefálicos: evaluación de la memoria declarativa y procedimental y de su sustrato neuroatómico. *Revista de Neurología*, 33, 30-41.

VILLALOBOS, D.; BILBAO, A.; LOPEZ, F. & PACIOS, J.

2020 Conciencia de déficit como proceso clave en la rehabilitación de pacientes con daño cerebral adquirido: revisión sistemática. *Revista de neurología*, 70(1).

WEGNER A., WILHELM J. Y DARRAS E.

2003 Traumatismo encéfalo craneano: Conceptos fisiológicos y fisiopatológicos para un manejo racional. *Rev Chil Pediatr* 74 (1); 16-30.

WEPMAN, J. & JONESM L.

1964 *Five aphasia: a commentary on aphasia as a regressive linguistic problem*. En: D. McK Rioch & E.A. Weinstein (eds), *Disorders of communication*, Baltimore: Williamand Wilkins.

WILBERGER, J.

2019 *Traumatismo encéfalo craneano (TEC)*. Manual MSD.

ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Título del proyecto:

- “Perfil lingüístico de pacientes con traumatismo encéfalo craneano grave intervenidos en sus dificultades de lenguaje”

Equipo de investigadores:

- Cinthia Lorena Mendoza Orellano
- Estudiante de la Maestría en Fonoaudiología con mención en Trastornos del Lenguaje (CPAL)

2. Propósito:

La presente investigación tiene como propósito describir las características lingüísticas que presenta en su lenguaje paciente que han sufrido una lesión cerebral. La duración prevista de la participación de cada paciente es de aproximadamente 1 hora.

3. Participación:

Su participación es voluntaria y, por lo tanto, podrá retirarse en cualquier momento de la evaluación sin ningún castigo o recorte de sus derechos como paciente.

4. Procedimientos:

Se utilizará la técnica de la entrevista, la cual se grabará para la transcripción de lenguaje y el análisis de los resultados.

5. Riesgos o incomodidades:

No se presenta ningún riesgo, puesto que no se aplicará ninguna prueba que afecte su integridad física.

6. Beneficios

Tendrá a su alcance el análisis de los resultados obtenidos de la aplicación de los subtest del test de Boston para que pueda recibir un mejor abordaje terapéutico.

7. Alternativas: Ninguna

8. Compensación

Se le entregará los resultados de la aplicación de los subtest del test de Boston.

9. Confidencialidad

El grado de confidencialidad de la información obtenida será estrictamente alto.

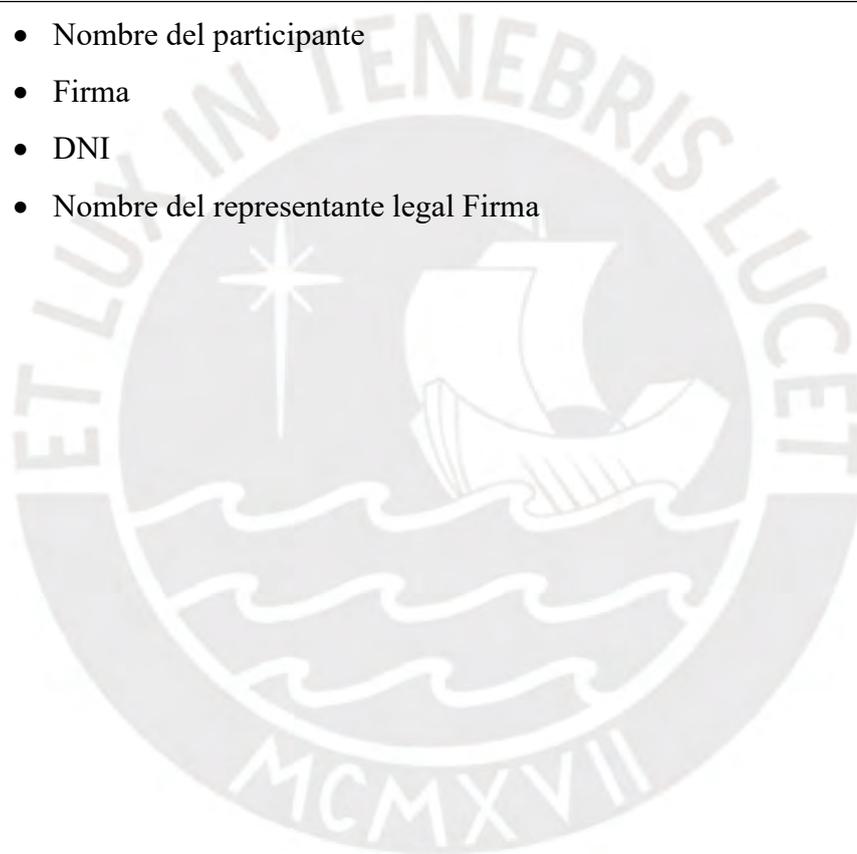
10. Problemas o preguntas

La investigadora responderá a las preguntas pertinentes de los pacientes.

11. Consentimiento y participación voluntaria

Yo _____ con número de DNI _____ paciente de un centro hospitalario de Lima, luego de haber leído la información brindada, doy mi consentimiento voluntario para la participación en la investigación titulada ““Perfil lingüístico de pacientes con traumatismo encefalocraneano grave intervenidos en sus dificultades de lenguaje””

-
- Nombre del participante
 - Firma
 - DNI
 - Nombre del representante legal Firma



Anexo 2: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.2 Caso n° 1

EVALUACIÓN INICIAL 26/03/2012

Caso n.º 1: RNH

- Datos personales
- Edad: 19 años
- Fecha de nacimiento: 1993
- Lugar de procedencia: Villa María del Triunfo (Lima)
- Nivel de instrucción: estudiante de nivel escolar
- Ocupación anterior al accidente: estudiante de primaria
- Estado civil: soltero
- Tiempo de enfermedad: 1 año
- Asiste o asistió a terapia de lenguaje: Sí
- Diagnóstico: cuadriplejia Espástica (Afasia Global)

Observación del paciente:

El paciente tuvo un accidente en el 2012, año en que tuvo la evaluación inicial, siendo derivado a una evaluación de aprendizaje a la edad de 19 años, presentando severas secuelas post traumáticas, obteniendo serias deficiencias a nivel cognitivo, obteniendo como resultado en la prueba de evaluación “cero” a nivel lingüístico y auditivo. El 16 de enero del 2013 inicia terapia de lenguaje, fue evaluado, lo cual demostró estar en un estado de conciencia indiferente. Después de 1 año y 2 meses de terapia, logró recién fijar la mirada y recibir órdenes simples.

Resultados:

- ✓ No logra que diga nada

- ✓ No habla
- ✓ No comprende las indicaciones
- ✓ No señala
- ✓ No emite palabras
- ✓ No obedece, no usa gestos
- ✓ No escucha.

EVALUACIÓN FINAL 22/08/2020

Caso n.º 1: RNH

Datos personales:

- Edad: 27 años
- Fecha de nacimiento: 1993
- Lugar de procedencia: Villa el salvador (Lima)
- Nivel de instrucción: estudiante (colegio)
- Ocupación anterior al accidente: estudiante de primaria
- Estado civil: soltero
- Tiempo de enfermedad: 6 años
- Asiste o asistió a terapia de lenguaje: Sí
- Diagnóstico: traumatismo craneal

Observación del paciente:

Es un paciente de 27 años, es dependiente totalmente por su madre con presencia de movimientos motores involuntarios. Con respecto al uso funcional de su lenguaje, presenta severas dificultades a nivel comprensivo como expresivo, es poco fluido, su comunicación es en base de gestos naturales como “mover la cabeza para un sí”, el de señalar, o gritar

cuando quiere algo. Debido al tipo de traumatismo, no se logró evaluar todo el test de Boston, siendo la dificultad más notoria el lenguaje expresivo, ya que solo pudo responder a dos ítems del test como: identificación *de partes del cuerpo* y *discriminación de palabras*, específicamente las siguientes palabras: “nariz, oreja, silla, guante, azul, rojo, morado, durmiendo”. Durante la evaluación presentó problemas de atención para mantenerse en la actividad del subtest.

- ✓ Habla de conversación y exposición: no fluida, solo grita.
- ✓ Identificación de partes del cuerpo: señaló de manera errónea.
- ✓ Discriminación de palabras: solo letras y objetos como silla y llave.
- ✓ Ordenes: sólo las simples, complejas no.
- ✓ Material Ideativo Complejo: no
- ✓ Agilidad Oral: No verbal con dificultad por poco control salival. Verbal: no logra adecuadamente.
- ✓ Secuencias automatizadas: no logra
- ✓ Repetición de palabras: no logra. Se intentó incluso vocales y no pudo repetirlas.
- ✓ Repetición de frases y oraciones: no logra
- ✓ Lectura de palabras: no logra
- ✓ Respuesta de denominación: no logra.
- ✓ Denominación de partes del cuerpo: no logra
- ✓ Nombrar animales: no logra.
- ✓ Lectura de oraciones en voz alta: no logra.
- ✓ Discriminación de letras y palabras: no.
- ✓ Reconocimiento de palabras: no.

Tabla 17

Identificación de partes del cuerpo

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Oreja	✓	✓
Nariz	✓	✓
Hombro	-	-
Rodilla	-	✓
Parpado	-	-
Tobillo	-	-
Pecho	-	✓
Cuello	-	-
Dedo medio Muñeca	-	-
Dedo pulgar	-	-
Muslo	-	-
Barbilla	-	-
Codo	-	✓
Labio	✓	✓
Ceja	-	✓
Mejilla	-	✓
Dedo índice	-	-
P.D	0	0

Tabla 18

Discriminación de derecha-izquierda

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Oreja derecha	-	-
Hombro izquierdo	-	-
Rodilla izquierda	-	-
Tobillo derecho	-	-
Muñeca derecha	-	-
Pulgar izquierdo	-	-
Codo derecho	-	-
Mejilla Izquierda	-	-
P.D	0	0

Tabla 19

Discriminación de palabras

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales	Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Silla	-	✓	Fumando	-	-
Llave	-	✓	Bebiendo	-	-
Guante	-	-	Corriendo	-	-
Pluma	-	-	Durmiendo	-	-
Hamaca	-	-	Cayendo	-	-
L	-	✓	Goteando	-	-
H	-	✓	Azul	-	-
R	-	✓	Marrón	-	-

T	-	✓	Rojo	-	-
S	-	✓	Rosado	-	-
G	-	✓	Plomo	-	-
Circulo	-	-	Morado	-	-
Espiral	-	-	7	-	-
Cuadrado	-	-	42	-	-
Triangulo	-	-	700	-	-
Cono	-	-	1956	-	-
Estrella	-	-	15	-	-
			7000	-	-
			PD	0	18

Tabla 20

Instrucción de Ordenes

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
1. Cierra la mano	-	✓
2. Señale el techo; luego, el suelo	-	Señaló el suelo.
3. Ponga el lápiz sobre la tarjeta, después póngalo donde estaba antes	-	-
4. Ponga el llavero al otro lado del lápiz, y dé vuelta a la tarjeta	-	-
5. Dése dos golpecitos en cada hombro con dos dedos y con los ojos cerrados	-	-
PD	0	2

Tabla 21

Material ideativo complejo

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
1.a ¿Se hunde una tabla en el agua?	-	-
1.b ¿Se hunde una piedra en el agua?	-	-
2.a ¿Sirve el martillo para cortar madera?	-	-
2.b ¿Sirve un martillo para clavar clavos?	-	-
3.a ¿Se pesan más dos kilos de harina que uno?	-	-
3.b ¿pesa un kilo de harina más que dos?	-	-
4.a ¿Pasa el agua a través de un buen par de botas de jebe?	-	-
4.b ¿Sirve un buen par de botas de jebe para no mojarse los pies?	-	-
5.a ¿Se perdió el tren el señor Pérez?	-	-
5.b ¿Llegó el señor Pérez a tiempo a la estación?	-	-
6.a ¿Iba a Huaraz el Señor Pérez?	-	-
6.b ¿Venía de Huaraz el Señor Pérez?	-	-
7.a ¿Le costó mucho tiempo decidirse a la señora?	-	-
7.b ¿Sabía el modelo de zapatos que quería?	--	-
8.a ¿Compró la señora los zapatos que le gustaban?	-	-
8.b ¿Se quedó la señora sin sus zapatos de cocodrilo?	-	-
9.a ¿Se encontraba triste el cusqueño?	-	-
9.b ¿Estaba contento el cusqueño?	-	-
10.a ¿Se puso este contento?	-	-
10.b ¿Se puso éste a llorar?	-	-
11.a ¿Nos dice esta historia cómo se cazan los leones?	--	-
11.b ¿Nos dice esta historia cómo aprenden los leones a cazar?	-	-
12.a ¿Dice esta historia que los leones son hábiles cazadores desde que nacen?	-	-
12.b ¿Dice esta historia que los leones necesitan practicar antes de poder dar caza a sus presas?	-	-
PD	0	0

Tabla 22

Agilidad oral-no verbal

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
a. Contraiga los labios, relájelos	-	-
b. Abra y cierra la boca	-	✓
c. Retraiga los labios, relájelos.	-	-
d. Mueva la lengua de un lado a otro.	-	✓
e. Saque y esconda la lengua	-	✓
f. Mueva la lengua de arriba abajo tocando los dientes	-	-
PD	0	5

Tabla 23

Agilidad oral- verbal

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
a.Mamá,mamá....	-	-
b.Tic-Tac	-	-
c.Cinco...	-	-
d.Gracias	-	-
e. Mermelada...	-	-
f.Futbolista	-	-
g.Excavadora	-	-
PD	0	0

Tabla 24

Secuencias Automatizadas

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
1.Dias de la semana	-	-
2.Meses del año	-	-
3.Contar hasta 21	-	-
4.Alfabeto	-	-
PD	0	0

Tabla 25

Repetición de palabras

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Qué	-	-
Silla	-	-
Hamaca	-	-
Morado	-	-
Marrón	-	-
X(equis)	-	-
Quince	-	-
1776	-	-
Insistir	-	-
Católico apostólico	-	-
PD	0	0

Tabla 26

Evaluación Columna 1	Resultados iniciales	Resultados finales	Evaluación Columna 2	Resultado iniciales	Resultado finales
a. Ya lo veo	-	-	a. El caño gotea	-	-
b.Baja la calla	-	-	b.La granada estaba amarga	-	-
c.Volvi del trabajo a casa	-	-	c.El espía se cayó al suelo	-	-
d.Nose lo digas a ella	-	-	d. Saca la batería del armario	-	-
e. No te preocupes y hazlo si puedes	-	-	e. El mantón de Manila tenia pocos flecos	-	-
f.Esta junto a la mesa del comedor	-	-	f.El espantapájaros estaba vestido de rojo	-	-
g.Anoche oyeron al ministro hablar por la radio.	-	-	g.El abogado encontró de repente, una pepita de oro.	-	-
h.Subí corriendo a su casa y llamé al timbre.	-	-	h.El fantasma cruzó la calle sin respetar el semáforo.	-	-
P.D	0	0	P.D	0	0

Repetición de frases y oraciones

Tabla 27

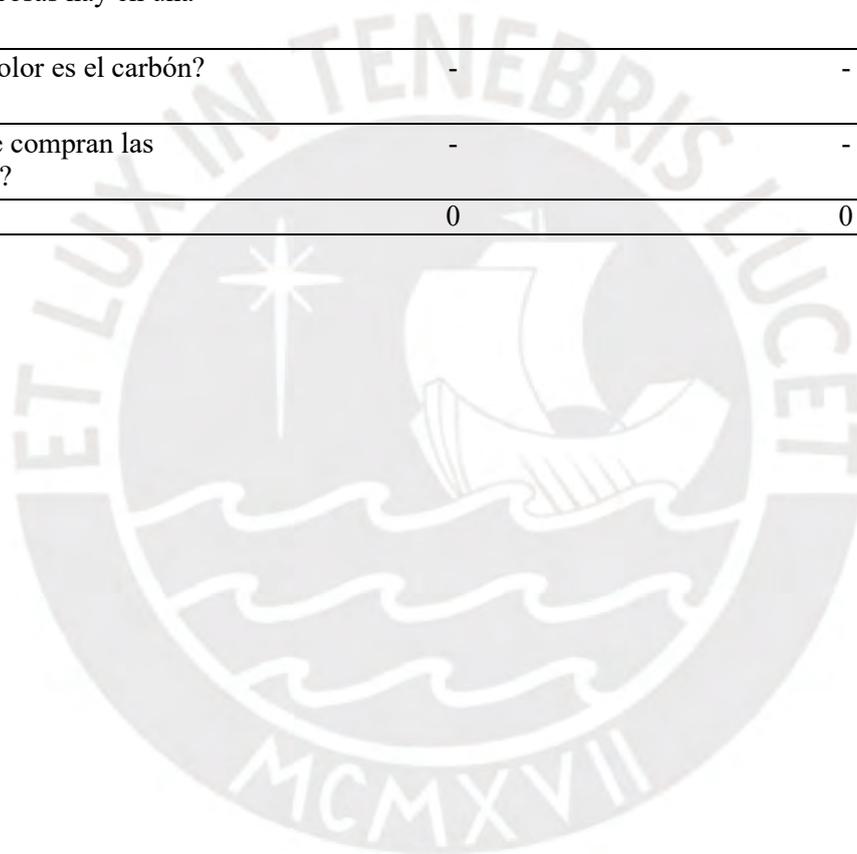
Lectura de palabras

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Silla	-	-
Círculo	-	-
Hamaca	-	-
Triangulo	-	-
Quince	-	-
Morado	-	-
Setecientos veinte	-	-
Gotear	-	-
Marrón	-	-
Fumar	-	-
P.D	0	0

Tabla 28

Respuestas de denominación

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
¿Dónde miramos la hora?	-	-
¿Para qué sirve una navaja?	-	-
¿Para qué se usa un lápiz?	-	-
¿Con que se puede cortar el papel?	-	-
¿De qué color es la hierba?	-	-
¿Qué se usa para encender un cigarro?	-	-
¿Cuántas cosas hay en una docena?	-	-
¿De qué color es el carbón?	-	-
¿Dónde se compran las medicinas?	-	-
P.D	0	0



RESPUESTA DE DENOMINACIÓN		
Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Silla	-	-
Llave	-	-
Guante	-	-
Pluma	-	-
Hamaca	-	-
Cactus	-	-
H	-	-
T	-	-
R	-	-
L	-	-
S	-	-
G	-	-
Cuadrado	-	-
Triangulo	-	-
Corriendo	-	-
Durmiendo	-	-
Bebiendo	-	-
Fumando	-	-
Cayendo	-	-
Goteando	-	-
7	-	-
15	-	-
700	-	-
1956	-	-
42	-	-
7000	-	-
Rojo	-	-
Marrón	-	-
Rosado	-	-
Azul	-	-
Plomo	-	-
Morado	-	-
P.D	0	0

Tabla 29

Denominación de partes del cuerpo

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Oreja	-	-
Nariz	-	-
Hombro	-	-
Tobillo	-	-
Muñeca	-	-
Pulgar	-	-
Codo	-	-
Ceja	-	-
Uña	-	-
Rodilla	-	-
P.D	0	0

Tabla 30

Nombrar- Animales

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Primeros 15"	-	-
15-30"	-	-
30-45"	-	-
45-60"	-	-
60-75"	-	-
75-90"	-	-
P.D	0	0

Tabla 31

Lectura de oraciones en voz alta

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Ya lo veo	-	-
Baja a la calle	-	-
Volví del trabajo a casa	-	-
Está junto a la mesa del comedor	-	-
Anoche oyeron al ministro hablar por la radio	-	-
La granada estaba amarga	-	-
El espía se cayó al suelo	-	-
El espantapájaros estaba vestido de rojo	-	-
El abogado encontró, de repente, una pepita de oro.	-	-
El fantasma cruzó la calle sin respetar el semáforo.	-	-
P.D	0	0

Tabla 32

Discriminación de letras y palabras

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
EN	-	-
G	-	-
H	-	-
Sal	-	-
K	-	-
Flor	-	-
B	-	-
Plomo	-	-
F	-	-
Más	-	-
P.D	0	0

Tabla 33

Asociación Fonética

RECONOCIMIENTO DE PALABRAS		
Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
MASA	-	-
LECHO	-	-
HUECO	-	-
PELEAR	-	-
LADRÓN	-	-
COMER	-	-
RIMA	-	-
ATAR	-	-
P.D	0	0

Tabla 34

Asociación Fonética

COMPRESIÓN DEL DELETREO ORAL		
Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
N-O	-	-
P-A-N	-	-
L-A-Z-O	-	-
T-R-E-N	-	-
Q-U-E-S-O	-	-
D-I-S-C-O	-	-
H-E-R-R-E-R-O	-	-
P.D	0	0

Tabla 35

Emparejar dibujo- palabra

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Silla	-	-
Círculo	-	-
Hamaca	-	--
Triángulo	-	-
Quince	-	-
Morado	-	-
Setecientos veinte	-	-
Gotear	-	-
Marrón	-	-
Fumar	-	-
P.D	0	0

Tabla 36

Lectura de oraciones y párrafos

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Los perros...	-	-
La niña compra.	-	-
Una silla tiene...	-	-
Manolo trabaja en un taller arreglando carros, es un..	-	-
Muchos pájaros regresan en verano y construyen...	-	-
Para hacer puentes y carreteras se necesita mucho dinero. El estado lo obtiene a través de...	-	-
Hay artistas que pintan cuadros o hacen estatuas. Otros artistas son .	-	-
Hubo un tiempo en que costaba mucho dinero refinar al aluminio. Hoy en día, la electricidad ha resuelto este problema, por lo que el aluminio es ahora....	-	-
Antiguamente, la nieve se utilizaba para conservar alimentos. Hoy en día, los adelantos en la técnica del frío permiten además producir hielo, acondicionar ambientes, e incluso se han dado los primeros pasos para prolongar la vida humana. El aprovechamiento del frío es, pues, resultado de...	-	-
Cuando Cristóbal Colón se embarcó hacia el Nuevo Mundo, pensaba que iba a encontrar una ruta más directa y menos peligrosa para llegar a las Indias Orientales. Ello hubiera supuesto un gran avance	-	-
P.D	0	0

4.1.3 Caso n° 2: JGN

EVALUACION INICIAL

Datos personales:

- Edad: 33 años
- Fecha de nacimiento: 1986
- Lugar de procedencia: La Victoria (Lima)
- Nivel de instrucción: secundaria (colegio)
- Ocupación anterior al accidente: comerciante/cobrador.
- Estado civil: casado
- Tiempo de enfermedad: 1 año y medio
- Asiste o asistió a terapia de lenguaje: Sí
- Diagnóstico: Traumatismo encéfalo craneal grave

Observación del paciente:

- ✓ Es un paciente de 33 años, y presenta las siguientes características lingüísticas:
- ✓ Durante la evaluación inicial, se observó una conversación no fluida, logró realizar la secuencia automatizada de número, contando del 1 al 10.
- ✓ No presenta vocabulario, solo realiza órdenes simples, de la misma manera no denomina las imágenes mostradas. Aunque sí repite algunos sonidos de letras. Con respecto a lectura, logra leer, pero no comprende lo leído. Copia y escribe su nombre.

EVALUACION FINAL

Datos personales:

- Edad: 34 años
- Fecha de nacimiento: 1986
- Lugar de procedencia: La Victoria (Lima)

- Nivel de instrucción: secundaria (colegio)
- Ocupación anterior al accidente: comerciante/cobrador.
- Estado civil: casado
- Tiempo de enfermedad: 1 año y medio
- Asiste o asistió a terapia de lenguaje: Sí
- Diagnóstico: Traumatismo encéfalo craneal grave

Observación del paciente:

Es un paciente de 34 años, padre de familia y dependiente parcialmente de su familia, ya que logra movilizarse de un lado a otro. Presenta diversas secuelas motoras y cognitivas como: una hemiparesia del lado derecho, pérdida del gusto y olfato, falta de percepción de temperatura corporal, fallas en la memoria a corto plazo y convulsiones. Con respecto al uso funcional de su lenguaje, presenta una dificultad notoria en su lenguaje expresivo, es poco fluido, aunque logró completar la evaluación del test de Boston.

Con respecto al *habla de conversación y exposición*, sus respuestas fueron las siguientes ante las siguientes preguntas: ¿Cómo está usted hoy?, “bien, si, gracias”, ¿trabaja usted actualmente?, “no, ya no “, ¿Cree Ud. que ha mejorado?, “Sí, falta más”, si respondió a su nombre completo, y ante la pregunta: ¿Cuál es su dirección completa?, el manifestó solo el distrito donde vivía (la victoria).

En la identificación de partes del cuerpo, logró responder adecuadamente, y la discriminación de palabras de objetos, letras, formas, números, acciones, colores y números, las realizó de manera adecuada las secuencias automatizadas. Aunque presentó dificultades en órdenes complejas, así mismo el 66,7% de material ideativo complejo, en agilidad oral verbal, mostró lentitud al emitir palabras de 3 a 5 sílabas que contengan el fonema /r/, evidenciando lentitud de emisión. Respecto a la repetición, se observó omisión de palabras, con presencia de palabras distorsionadas en frases y oraciones.

Tabla 37

Identificación de partes del cuerpo

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Oreja	✓	
Nariz	✓	✓
Hombro	✓	✓
Rodilla	-	✓
Parpado	✓	✓
Tobillo	-	✓
Pecho	-	✓
Cuello	-	✓
Dedo medio	-	✓
Muñeca	-	✓
Dedo pulgar	-	✓
Muslo	-	-
Barbilla	-	✓
Codo	-	✓
Labio	✓	✓
Ceja	✓	✓
Mejilla	✓	✓
Dedo índice	-	-
P.D	7	16

Tabla 38

Discriminación derecha- izquierda

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Oreja derecha	-	-
Hombro izquierdo	-	-
Rodilla izquierda	-	-
Tobillo derecho	-	-
Muñeca derecha	-	-
Pulgar izquierdo	-	-
Codo derecho	-	-
Mejilla Izquierda	-	-
PD	0	0

Tabla 39

Discriminación de palabras

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales	Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Silla	✓ -	✓	Fumando	-	✓
llave	✓ -		Bebiendo	-	✓
guante	-	✓	Corriendo	-	✓
Pluma	-	✓	Durmiendo		✓
Hamaca	-	✓	Cayendo	-	✓
L	-	✓	Goteando	-	-
H	-	✓	Azul	✓	✓
R	-	✓	Marrón	✓ -	✓
T	-	✓	Rojo	✓	✓
S	-	✓	Rosado	-	✓
G	-	✓	Plomo	-	✓
Circulo	-	✓	Morado	-	✓
Espiral	-	-	7	-	✓
Cuadrado	✓	✓	42	-	✓
Triangulo	✓	✓	700	-	✓
Cono	-	-	1956	-	-
Estrella	-	✓	15	-	✓
			7000	-	-
			P.D	10	68

Tabla 40

Instrucción de ordenes

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
1. Cierra la mano	✓	✓
2. Señale el techo; luego, el suelo	Señalo techo	✓
3. Ponga el lápiz sobre la tarjeta, después póngalo donde estaba antes	-	
4. Ponga el llavero al otro lado del lápiz, y dé vuelta a la tarjeta	-	
5. Dése dos golpecitos en cada hombro con dos dedos y con los ojos cerrados	-	
P.D	2	3

Tabla 41

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
1.a ¿Se hunde una tabla en el agua?	-	✓
1.b ¿Se hunde una piedra en el agua?	-	✓
2.a ¿Sirve el martillo para cortar madera?	-	✓
2.b ¿Sirve un martillo para clavar clavos?	-	✓
3.a ¿Se pesan más dos kilos de harina que uno?	-	✓
3.b ¿Pesa un kilo de harina más que dos?	-	✓
4.a ¿Pasa el agua a través de un buen par de botas de jebes?	-	✓
4.b ¿Sirve un buen par de botas de jebes para no mojarse los pies?	-	✓
5.a ¿Se perdió el tren el señor Pérez?	-	✓
5.b ¿Llegó el señor Pérez a tiempo a la estación?	-	✓
6.a ¿Iba a Huaraz el Señor Pérez?	-	✓
6.b ¿Venía de Huaraz el Señor Pérez?	-	✓
7.a ¿Le costó mucho tiempo decidirse a la señora?	-	✓
7.b ¿Sabía el modelo de zapatos que quería?	-	✓
Material ideativo complejo		

8.a ¿Compró la señora los zapatos que le gustaban?	-	✓
8.b ¿Se quedó la señora sin sus zapatos de cocodrilo?	-	✓
9.a ¿Se encontraba triste el cusqueño?	-	-
9.b ¿Estaba contento el cusqueño?	-	-
10.a ¿Se puso este contento?	-	-
10.b ¿Se puso éste a llorar?	-	-
11.a ¿Nos dice esta historia cómo se cazan los leones?	-	-
11.b ¿Nos dice esta historia cómo aprenden los leones a cazar?	-	-
12.a ¿Dice esta historia que los leones son hábiles cazadores desde que nacen?	-	-
12.b ¿Dice esta historia que los leones necesitan practicar antes de poder dar caza a sus presas?	-	-
PD	0	8

Tabla 42

Agilidad oral- no verbal

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
a. Contraiga los labios, relájelos	-	✓
b. Abra y cierra la boca	✓	✓
c. Retraiga los labios, relájelos.	-	✓ (demoró)
d. Mueva la lengua de un lado a otro.	✓	✓
e. Saque y esconda la lengua	-	✓
f. Mueva la lengua de arriba abajo tocando los dientes	-	✓
P.D	2	11

Tabla 43

Agilidad oral – verbal

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
a.Mamá,mamá....	-	✓
b.Tic-Tac	-	✓
c.Cinco...	-	✓
d.Gracias	-	✓
e.Mermelada...	-	✓
f.Futbolista	-	✓
g.Excavadora	-	✓
P.D	0	11

Tabla 44

Secuencias automatizadas

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
1.Dias de la semana	-	✓
2.Meses del año	-	✓
3.Contar hasta 21	✓	✓
4.Alfabeto	-	
P.D	1	6

Tabla 45

Repetición de palabras

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Qué	✓	✓
Silla	-	✓
Hamaca	-	✓
Morado	-	✓
Marrón	-	✓
X(equis)	-	✓
Quince	-	✓
1776	-	✓
Insistir	-	✓
Católico apostólico	-	✓
P.D	1	10

Tabla 37

Evaluación Columna 1	Resultados iniciales	Resultados finales	Evaluación Columna 2	Resultado iniciales	Resultado finales
a. Ya lo veo	-	✓	a. El caño gotea	-	-
b. Baja a la calle	-	✓	b. La granada estaba amarga	-	-
c. Volvi del trabajo a casa	-	✓	c. El espía se cayó al suelo	-	-
d. Nose lo digas a ella	-	✓	d. Saca la batería del armario	-	-
e. No te preocupes y hazlo si puedes	-	-	e. El mantón de Manila tenía pocos flecos	-	-
f. Esta junto a la mesa del comedor	-	-	f. El espantapájaros estaba vestido de rojo	-	-
g. Anoche oyeron al ministro hablar por la radio.	-	-	g. El abogado encontró de repente, una pepita de oro.	-	-
h. Subí corriendo a su casa y llamé al timbre.	-	-	h. El fantasma cruzó la calle sin respetar el semáforo.	-	-
P.D				0	4

Repetición de frases y oraciones

Tabla 38

Lectura de palabras

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Silla	✓	✓
Círculo	-	✓
Hamaca	-	✓
Triangulo	-	✓
Quince	-	✓
Morado	-	✓
Setecientos veinte	-	✓
Gotear	-	✓
Marrón	-	✓
Fumar	-	✓
PD.	3	30

Tabla 39

Respuestas de denominación

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
¿Dónde miramos la hora?	-	✓
¿Para qué sirve una navaja?	-	✓
¿Para qué se usa un lápiz?	-	✓
¿Con que se puede cortar el papel?	-	✓
¿De qué color es la hierba?	-	✓
¿Qué se usa para encender un cigarro?	-	✓ demoro
¿Cuántas cosas hay en una docena?	-	✓
¿De qué color es el carbón?	-	✓
¿Dónde se compran las medicinas?	-	
P.D	0	25

Tabla 40

Respuestas de denominación

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Silla		
Llave		
Guante		
Pluma		
Hamaca		
Cactus		
H		
T		
R		
L		
S		
G		
Cuadrado		
Triangulo		
Corriendo		
Durmiendo		
Bebiendo		
Fumando		
Cayendo		
Goteando		
7		
15		
700		
1956		

42		
7000		
Rojo		
Marrón		
Rosado		
Azul		
Plomo		
Morado		
	0	96

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Oreja	-	✓
Nariz	-	✓
Hombro	-	✓
Tobillo	-	✓
Muñeca	-	✓
Pulgar	-	✓ DEMORÓ
Codo	-	✓
Ceja	-	✓

Tabla 41

Denominación de partes del cuerpo

Tabla 42

Nombrar animales

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Primeros 15"	-	3
15-30"	-	-
30-45"	-	3
45-60"	-	-
60-75"	-	3
75-90"	-	1
P.D	0	11

Tabla 43

Lectura de oraciones en voz alta

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Ya lo veo	✓	✓
Baja a la calle	-	✓
Volví del trabajo a casa	-	✓
Está junto a la mesa del comedor	-	✓
Anoche oyeron al ministro hablar por la radio	-	✓
La granada estaba amarga	-	✓
El espía se cayó al suelo	-	✓
El espantapájaros estaba vestido de rojo	-	✓
El abogado encontró, de repente, una pepita de oro.	-	✓
El fantasma cruzó la calle sin respetar el semáforo.	-	✓
P.D	1	10

Tabla 44

Discriminación de letras y palabras

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
EN	-	✓
G	-	✓
H	-	✓
Sal	-	✓
K	-	✓
Flor	-	✓
B	-	✓
Plomo	-	✓
F	-	✓
más	-	✓
P.D	0	10

Tabla 45

reconocimiento de palabras		
Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
MASA	-	✓
LECHO	-	✓
HUECO	-	✓
PELEAR	-	✓
LADRÓN	-	- -
COMER	-	✓
RIMA	-	✓
ATAR	-	✓
P.D	0	7

Asociación Fonética

Tabla 46

Asociación fonética

Comprensión del deletreo oral		
Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
N-O	-	✓
P-A-N	-	✓
L-A-Z-O	-	-
T-R-E-N	-	-
Q-U-E-S-O	-	-
D-I-S-C-O	-	-
H-E-R-R-E-R-O	-	-
	0	3

Tabla 47

Emparejar dibujo- palabra

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Silla	-	✓
Circulo	-	✓
Hamaca	-	✓
Triangulo	-	✓
Quince	-	✓
Morado	-	✓
Setecientos veinte	-	✓
Gotear	-	✓
Marrón	-	✓
Fumar	-	✓
P.D		10

Tabla 48

Lectura de oraciones y párrafos

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Los perros...	✓	✓
La niña compra..	-	✓
Una silla tiene...	-	✓
Manolo trabaja en un taller arreglando carros, es un..	-	✓
Muchos pájaros regresan en verano y construyen...	-	✓
Parra hacer puentes y carreteras se necesita mucho dinero. El estado lo obtiene a través de...	-	✓
Hay artistas que pintan cuadros o hacen estatuas. Otros artistas son .	-	✓
Hubo un tiempo en que costaba mucho dinero refinar al aluminio. Hoy en día, la electricidad ha resuelto este problema, por lo que aluminio es ahora....	-	✓
Antiguamente, la nieve se utilizaba para conservar alimentos. Hoy en día, los adelantos en la técnica del frío permiten además producir hielo, acondicionar ambientes, e incluso se han dado los primeros pasos para prolongar la vida humana. El aprovechamiento del frío es, pues, resultado de...	-	✓
Cuando Cristóbal Colón se embarcó hacia el Nuevo Mundo, pensaba que iba a encontrar una ruta más directa y menos peligrosa para llegar a las Indias Orientales. Ello hubiera supuesto un gran avance	-	✓
P.D	1	10

4.1.4 Caso n.º 3: SQL

EVALUACIÓN INICIAL:

- Edad: 42 años
- Lugar de procedencia: Huaraz
- Nivel de instrucción: secundaria (colegio)
- Estado civil: casado

- Tiempo de enfermedad: 4 años
- Asiste o asistió a terapia de lenguaje: Sí
- Diagnóstico: Traumatismo encéfalo craneal/Afasia típica del zurdo
- Fecha de la evaluación: 13 de setiembre del 2016

El paciente fue derivado al instituto nacional de rehabilitación (INR), siendo evaluado en la especialidad de terapia de lenguaje, denotando los siguientes resultados en la primera evaluación:

- ✓ Identificación de partes del cuerpo: dificultad
- ✓ Discriminación derecha-izquierda: no logra
- ✓ Discriminación de palabras: dificultad
- ✓ Ordenes: solo realiza ordenes simples
- ✓ Material ideativo complejo: con dificultad
- ✓ Agilidad oral no verbal: no logra
- ✓ Agilidad verbal: no logra
- ✓ Secuencias automatizadas: solo los números
- ✓ Repetición de palabras, frases y oraciones: no logra
- ✓ Lectura de palabras: con dificultad
- ✓ Respuesta de denominación: no logra
- ✓ Nombrar animales: no logra
- ✓ Denominación de partes del cuerpo: dificultad
- ✓ Lectura en voz alta: no logra
- ✓ Discriminación de letras y palabras: no logra
- ✓ Comprensión de delectreado: no logra
- ✓ Asociación fonética: dificultad
- ✓ Emparejar dibujo-palabra: dificultad

- ✓ Lectura de oraciones y párrafos: no

EVALUACION FINAL:

- Edad: 46 años
- Lugar de procedencia: Huaraz
- Nivel de instrucción: secundaria (colegio)
- Estado civil: casado
- Tiempo de enfermedad: 4 años
- Asiste o asistió a terapia de lenguaje: Sí
- Diagnóstico: Traumatismo encéfalo craneal.
- Fecha de la evaluación: 29 de agosto 2020

RESULTADOS:

- ✓ Habla de conversación y exposición: semifluida, uso de frases y oraciones simples.
- ✓ Identificación de partes del cuerpo: no cometió errores.
- ✓ Discriminación de palabras: normal.
- ✓ Ordenes: sólo las simples, complejas no.
- ✓ Material Ideativo Complejo: cometió un error.
- ✓ Agilidad Oral: no logra
- ✓ No verbal: sin dificultad
- ✓ Verbal: si logra.
- ✓ Secuencias automatizadas: si logra
- ✓ Recitado y canto: no logra (solo canto el himno nacional)
- ✓ Ritmo: logra.

- ✓ Repetición de palabras: con dificultad.
- ✓ Repetición de frases y oraciones: logra con dificultad
- ✓ Lectura de palabras: logra con dificultad.
- ✓ Respuesta de denominación: si logra.
- ✓ Denominación de partes del cuerpo: si logra.
- ✓ Nombrar animales: si logra.
- ✓ Lectura de oraciones en voz alta: si logra.
- ✓ Discriminación de letras y palabras: si logra.
- ✓ Reconocimiento de palabras: si logra.
- ✓ Comprensión del deletreo oral: no logra.

4.1.5. Caso n.º 4

EVALUACIÓN INICIAL: /02/09/2015

- Datos personales: B.A
- Edad: 20 años
- Fecha de nacimiento: 30 de abril de 1994
- Lugar de procedencia: Huacho
- Nivel de instrucción: universitaria
- Ocupación anterior al accidente: cosmetología
- Estado civil: Soltera
- Tiempo de enfermedad: 6 años.
- Asiste o asistió a terapia de lenguaje: SI
- Llegó al servicio de terapia de lenguaje el 2 de Setiembre 2015
- Diagnóstico: Afasia de broca
- Lesión: Hematoma subtural, frontoparietal izquierda, contusión temporal izquierda.

Observación del paciente:

De manera inicial permaneció en el Hospital Casimiro Ulloa, estuvo en UCI, con antecedentes de arritmia cardíaca desde la edad de los 7 años. La operación del hematoma fue lentamente favorable, recibiendo un tratamiento neurointensivo del TEC.

Resultados:

- ✓ Se comunica con palabras simples
- ✓ Vocales y pocas frases de 2 a 3 palabras.
- ✓ Comunica sus necesidades, con palabras aisladas, no frecuentes.
- ✓ No lee adecuadamente
- ✓ Nombra parcialmente días del año. meses del año, números de 1 al 21
- ✓ Cuando le piden repetir presenta parafasias fonémicas múltiples
- ✓ No hay denominación
- ✓ Aparea palabra-imagen
- ✓ Reconoce su nombre y edad.
- ✓ Conoce derecha – izquierda
- ✓ Conoce su espacio y tiempo
- ✓ Tuvo cero de puntaje en comprensión de imágenes, conceptos, semejantes y textos.
- ✓ Repite palabras y frases simples.

EVALUACIÓN FINAL 02/01/2020

Caso n.º 4

- Datos personales: B.A
- Edad: 26 años
- Fecha de nacimiento: 30 de abril de 1994
- Lugar de procedencia: Huacho

- Nivel de instrucción: universitaria
- Ocupación anterior al accidente: cosmetología
- Estado civil: Soltera
- Tiempo de enfermedad: 6 años.
- Asiste o asistió a terapia de lenguaje: SI
- Llegó al servicio de terapia de lenguaje el 2 de Setiembre 2015
- Diagnóstico: Afasia de broca
- Lesión: Hematoma subtural, frontoparietal izquierda, contusión temporal izquierda.

Observación del paciente:

De manera inicial permaneció en el Hospital Casimiro Ulloa, estuvo en UCI, con antecedentes de arritmia cardiaca desde la edad de los 7 años. La operación del hematoma fue lentamente favorable, recibiendo un tratamiento neurointensivo del TEC.

- ✓ Habla de conversación y exposición: Poco fluido
- ✓ Identificación de partes del cuerpo: si.
- ✓ Discriminación de palabras: sí.
- ✓ Ordenes: sólo las simples y semicomplejas, complejas no.
- ✓ Material Ideativo Complejo: si
- ✓ Agilidad Oral:
- ✓ No verbal: Sí, con un poco de dificultad
- ✓ Verbal: si, con dificultad
- ✓ Secuencias automatizadas: si logra
- ✓ Repetición de palabras: si logra.
- ✓ Repetición de frases y oraciones: con dificultad la segunda columna
- ✓ Lectura de palabras: si logra

- ✓ Respuesta de denominación: si logra.
- ✓ Denominación de partes del cuerpo: si logra
- ✓ Nombrar animales: dificultad.
- ✓ Lectura de oraciones en voz alta: si logra.
- ✓ Discriminación de letras y palabras: con dificultad
- ✓ Reconocimiento de palabras: si logra

4.1.6. Caso n.º 5

EVALUACION INICIAL 30/05/2019

Datos personales:

- Nombre: FSH
- Edad: 28 años
- Fecha de nacimiento: 21 de octubre de 1992
- Lugar de procedencia: Puquío
- Nivel de instrucción: Universitario
- Ocupación anterior al accidente: Estudiante universitario
- Estado civil: Soltero
- Tiempo de enfermedad: 2 años.
- Asiste o asistió a terapia de lenguaje: Sí
- Diagnóstico: Afasia

Observación del paciente:

Es un paciente de 28 años, postrado en cama, con hemiplejía de lado derecho. Con respecto al uso funcional de su lenguaje, presenta severas dificultades a nivel expresivo, fluido. Se logró evaluar todo el test de Boston, siendo la dificultad más notoria el lenguaje expresivo, ya que se le fue difícil nombrar animales, fluidez léxica, secuencia automatizadas.

Durante la evaluación presentó problemas de atención para mantenerse en la actividad del subtest, así como para recordar ciertas palabras y significado de palabras.

- ✓ Habla de conversación y exposición: No fluido
- ✓ Identificación de partes del cuerpo: sí.
- ✓ Discriminación de palabras: sí.
- ✓ Ordenes: sólo las simples y semicomplejas, complejas no.
- ✓ Material Ideativo Complejo: no
- ✓ Agilidad Oral:
- ✓ No verbal: con dificultad por poco control salival.
- ✓ Verbal: no logra adecuadamente.
- ✓ Secuencias automatizadas: no logra
- ✓ Repetición de palabras: si logra, con distorsión
- ✓ Repetición de frases y oraciones: con dificultad
- ✓ Lectura de palabras: si logra
- ✓ Respuesta de denominación: si logra.
- ✓ Denominación de partes del cuerpo: si logra
- ✓ Nombrar animales: dificultad.
- ✓ Lectura de oraciones en voz alta: si logra.
- ✓ Discriminación de letras y palabras: con dificultad
- ✓ Reconocimiento de palabras: si

EVALUACION FINAL 22/10/2020

Caso n.º 5: FSH

Datos personales:

- Edad: 29 años

- Fecha de nacimiento: 21 de octubre de 1992
- Lugar de procedencia: Puquío
- Nivel de instrucción: Universitario
- Ocupación anterior al accidente: Estudiante universitario
- Estado civil: Soltero
- Tiempo de enfermedad: 2 años.
- Asiste o asistió a terapia de lenguaje: Sí
- Diagnóstico: Afasia

Observación del paciente:

Es un paciente de 29 años, es independiente. Con respecto al uso funcional de su lenguaje, presenta severas dificultades a nivel expresivo, fluido. Se logró evaluar todo el test de Boston, siendo la dificultad más notoria el lenguaje expresivo, ya que se le fue difícil nombrar animales, fluidez léxica, secuencia automatizadas. Durante la evaluación presentó problemas de atención para mantenerse en la actividad del subtest, así como para recordar ciertas palabras y significado de palabras.

- ✓ Habla de conversación y exposición: Fluido pero distorsionada
- ✓ Identificación de partes del cuerpo: sí.
- ✓ Discriminación de palabras: sí.
- ✓ Ordenes: sólo las simples y semicomplejas, complejas no.
- ✓ Material Ideativo Complejo: si
- ✓ Agilidad Oral:
- ✓ No verbal: con dificultad por poco control salival.
- ✓ Verbal: no logra adecuadamente.
- ✓ Secuencias automatizadas: si logra
- ✓ Repetición de palabras: si logra.

- ✓ Repetición de frases y oraciones: con dificultad
- ✓ Lectura de palabras: si logra
- ✓ Respuesta de denominación: si logra.
- ✓ Denominación de partes del cuerpo: si logra
- ✓ Nombrar animales: dificultad.
- ✓ Lectura de oraciones en voz alta: si logra.
- ✓ Discriminación de letras y palabras: con dificultad
- ✓ Reconocimiento de palabras: si

