

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



## COMPRENSIÓN AUDITIVA EN PACIENTES AFÁSICOS FLUENTES

Tesis para optar el grado académico de Magíster en Fonoaudiología  
con mención en trastornos del lenguaje en niños y adolescentes

### AUTORES

Consuelo Marina García Meza.  
Angélica María Sing Oré

### ASESORES:

Dr. Jaime Aliaga Tovar.  
Dra. Julia Esther Rado Triveño.

Lima – Perú

2017

## RESUMEN

El presente trabajo es una investigación de enfoques cualitativo y cuantitativo. El objetivo principal es evaluar la comprensión auditiva en pacientes afásicos fluentes. Para la recolección de datos se aplicó el Test de Boston, específicamente las sub-área de discriminación de palabras, identificación de partes del cuerpo, órdenes y material ideativo complejo.

Se vaciaron e interpretaron los datos del test, asimismo se analizaron las grabaciones realizadas con cada paciente durante la evaluación.

Se concluye que todos los pacientes a pesar de tener una comunicación fluida, su nivel de comprensión durante sus diálogos son limitados, por lo tanto perjudica su interacción social. De otro lado, se encontró que los pacientes que tienen más de una lengua mantienen características comprensivas comunes con aquellos pacientes que solo dominan una lengua. Además sus entornos familiares influyen en la recuperación de estos pacientes.

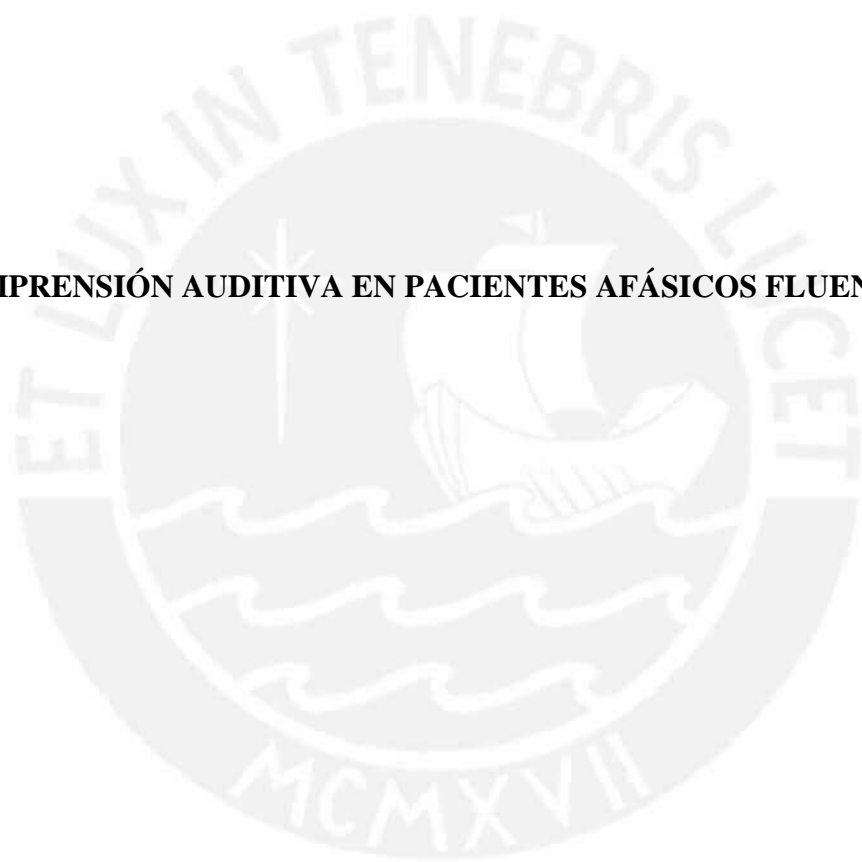
**PALABRAS CLAVES:** afasia fluente, comprensión auditiva.

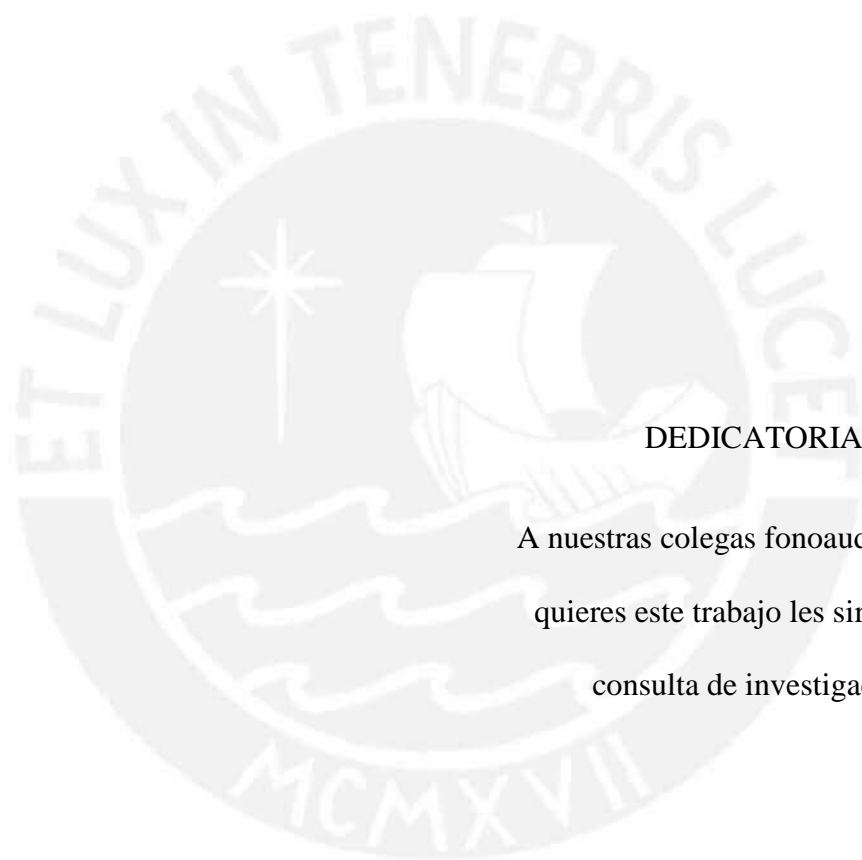
## ABSTRACT

The present work is an investigation of qualitative and quantitative approaches. The main objective is to assess the listening comprehension in fluent aphasic patients. For data collection the Test of Boston, specifically the sub - area word discrimination, identification of body parts, orders and complex ideational material was applied. Empty and interpreted test data also recordings made with each patient during the assessment were analyzed. We conclude that all patients despite having good communication, level of compression during their dialogues are limited, therefore impairs social interaction. On the other hand it was found that patients who have more than one language maintain comprehensive features common to patients who only master a language. Besides his family environments influence the recovery of these patients.

**KEYWORDS:** fluent aphasia , auditory compression.

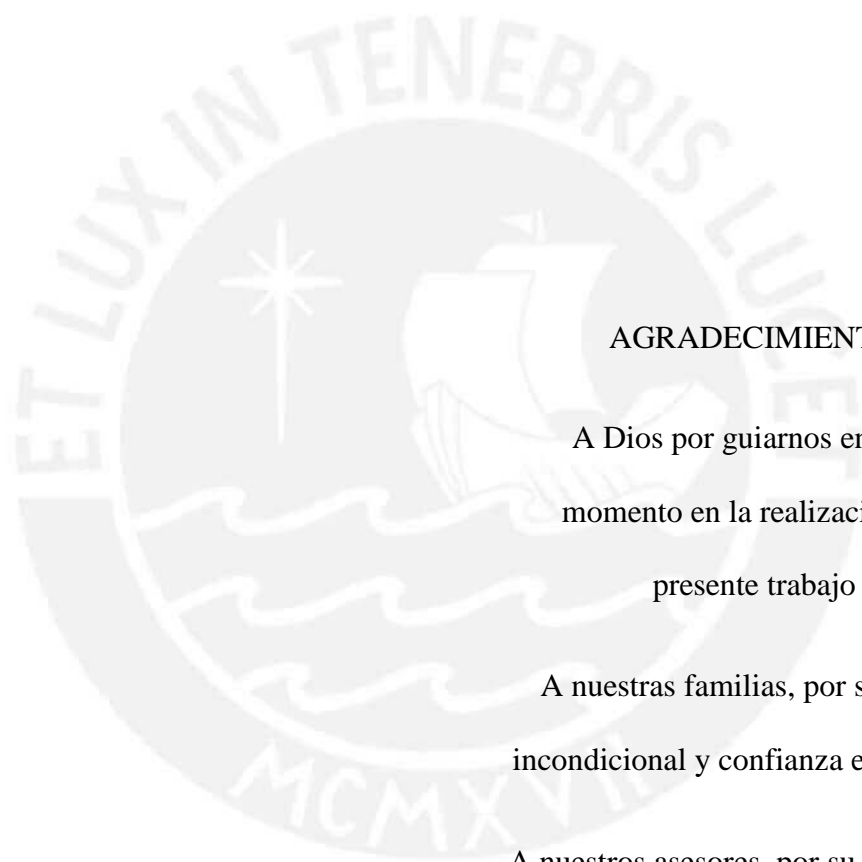
**COMPRENSIÓN AUDITIVA EN PACIENTES AFÁSICOS FLUENTES**





## DEDICATORIA

A nuestras colegas fonoaudiólogas, a  
quienes este trabajo les sirva como  
consulta de investigación



## AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarnos en cada momento en la realización del presente trabajo

A nuestras familias, por su apoyo incondicional y confianza en nosotras

A nuestros asesores, por su apoyo y consejo permanente en la realización de este trabajo.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Páginas
CARATULA	i
RESUMEN Y ABSTRACT	ii
TITULO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE CUADROS	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
INTRODUCCIÓN	xiii

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1	Planteamiento del problema	1
1.1.1	Fundamentación del problema	1

1.1.2	Formulación del problema	4
1.2.	Formulación de objetivos	4
1.2.1.	Objetivo general	4
1.2.2	Objetivos específicos	4
1.3.	Importancia y justificación del estudio	4
1.4	Limitaciones de la investigación	5

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1	Antecedentes del estudio	6
2.1.1	Antecedentes nacionales	6
2.1.2.	Antecedentes internacionales	7
2.2	Bases teóricas	9
2.2.1	Afasia	9
2.2.1.1	Clasificación de las afasia	9
2.2.1.2	Afasia Fluente	11
2.2.2.	Comprensión auditiva	17
2.2.2.1	Lenguaje	17
2.2.2.2	Componentes	17
2.2.2.3	Contenido de la semántica	19
2.2.2.4	Características de la información contenida en el lexicón	19

2.2.2.5	Evolución del desarrollo semántico	22
2.2.2.6	Desarrollo semántico	27
2.3	Definición de términos básicos	29
<b>CAPÍTULO III</b>		
<b>METODOLOGÍA</b>		
3.1	Enfoques de la investigación	31
3.2	Tipo y diseño de investigación	32
3.3	Población y muestra	32
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
3.5	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	38
<b>CAPÍTULO IV</b>		
<b>RESULTADOS</b>		
4.1	Presentación de resultados	40
4.2	Discusión de resultados	47
<b>CAPÍTULO V</b>		
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		
5.1	Conclusiones	50
5.2	Recomendaciones	51
<b>BIBLIOGRAFIA</b>		<b>53</b>
<b>ANEXO 1</b>		<b>57</b>
<b>ANEXO 2</b>		<b>59</b>



## INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Características de las diferentes formas de afasia	10
Cuadro 2	Características de la afasia de Wernicke	13
Cuadro 3	Componentes, dimensiones y procesos del lenguaje	18
Cuadro 4	Contenidos de la semántica relacionada al Test de Boston	21
Cuadro 5	Evolución de la semántica relacionada al Test de Boston	26
Cuadro 6	Evolución del desarrollo semántico	29
Cuadro 7	Lista de pacientes afásicos fluentes evaluados	33
Cuadro 8	Escalas y subescalas del Test de Boston	36
Cuadro 9	Sugerencias para el tratamiento en pacientes afásicos fluentes en función a los resultados obtenidos	52

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Porcentajes de aciertos por subescalas	40
Tabla 2	Porcentaje de aciertos por subtipos de afasia fluente	41
Tabla 3	Discriminación de palabras	42
Tabla 4	Identificación de partes del cuerpo	43
Tabla 5	Órdenes	44
Tabla 6	Material ideativo complejo	46



## INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Clasificación de los síndromes de afasia cortical	12
Figura 2	El lexicón mental.	20
Figura 3	Evolución del desarrollo semántico.	22
Figura 4	El proceso lingüístico de la comprensión.	24
Figura 5	Procesos cognitivos de la comprensión	26



## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Discriminación de palabras	42
Gráfico 2	Identificación de partes del cuerpo	44
Gráfico 3	Órdenes	45
Gráfico 4	Material ideativo complejo	46



## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una investigación cualitativa-cuantitativa que tiene como objetivo describir los niveles de comprensión auditiva en pacientes afásicos fluentes.

En el primer capítulo, se expone el problema. En Perú, no se evidencia estudios sobre los niveles de comprensión auditiva en pacientes afásicos fluentes, por ello, es importante investigar y averiguar las semejanzas de estos resultados con referencias internacionales. También, los resultados obtenidos, permitirán un mejor trabajo de rehabilitación, ayudando a la planificación de actividades y estrategias centradas en las deficiencias que se enfatizan en la investigación. El objetivo principal es evaluar la comprensión auditiva en ocho pacientes afásicos fluentes. El estudio está limitado por el tamaño de la muestra, ya que dificulta la generalización de los resultados a otros grupos similares.

En el segundo capítulo, se presentan los antecedentes del estudio, ante lo cual es importante mencionar que en nuestro país, hasta el momento no se han realizado investigaciones relacionadas a la comprensión auditiva en pacientes afásicos; además de las bases teóricas de la afasia fluente y la comprensión auditiva.

En el tercer capítulo, se explica la metodología aplicada, referida a un estudio descriptivo, y se caracteriza a los sujetos de investigación. El instrumento utilizado fue el test de Boston.

En el cuarto capítulo, se presentan los resultados. Para ello, se vaciaron e interpretaron los datos del test, además de analizar las grabaciones durante las evaluaciones.

En el quinto capítulo, se presentan las conclusiones y recomendaciones a partir de los resultados obtenidos.



## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Planteamiento del problema

##### 1.1.1. Fundamentación del problema

La afasia es un trastorno que a lo largo de los años ha generado cada vez mayor interés de los profesionales del área clínica, es así que en los últimos años el número de estudios internacionales se ha incrementado sorprendentemente, ejemplo de algunas de estas revistas, según Ardila, son: American Journal of Speech Language Pathology, Annals of Neurology, Journal of the International Neuropsychological Society, entre otras (2006: 24); dentro de las cuales se han encontrado estudios mayormente relacionadas al proceso expresivo del lenguaje. A nivel nacional Mayco, Uriol y Zapata (2010: 1-2) y Cabrejos Castellón y Núñez (2012: 1-2) han investigado sobre este tema.

Asimismo, Rado menciona que en la actualidad, el accidente cerebro vascular (ACV) es una de las principales causas de los trastornos del lenguaje en personas. De ellos un 10% retoman las actividades que tuvieron antes de sufrir el ACV, un 48% quedan con hemiparesia secuelar, 22% padecen incapacidad para caminar, 24 a 53% tienen completa o parcial dependencia, 12 a 18% presentan algún tipo de afasia y 32% tienen, además, depresión en grado severo. Dentro de las discapacidades que ocasiona la afasia, el 41% corresponde al grado severo. El trastorno de la comunicación que causa mayor discapacidad, según el Reporte Estadístico de la Discapacidad en el Perú 1999-2000, es la afasia (2006: 10).

Según la Oficina de Informática y Estadística del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) del total de deficiencias luego del retardo del desarrollo del habla y lenguaje simple, la sordera y la espasmofemia, la afasia presentó un total de 69 pacientes atendidos. Los pacientes afásicos nuevos atendidos se encuentran en el quinto lugar de las patologías, por encima de los trastornos del habla como las alteraciones de voz y disglosias (2012: 1 cuadro1).

Según Villodre y Morant, la afasia es un trastorno de la comunicación cuyo pronóstico es posiblemente el aspecto más importante después de haber atravesado por la etapa crítica, es decir es necesario plantear qué podemos esperar de las secuelas y cómo podemos trabajar con ellas. En este sentido, los pacientes afásicos tendrán una evolución favorable siempre y cuando tengan la intervención adecuada y centrada en los componentes del lenguaje oral que se encuentran afectados. Esto resulta necesario ya que precisamente la comunicación y el lenguaje oral están en déficit, aspectos que influyen decididamente en la interacción del paciente con su medio, además de influir en su desempeño laboral, puesto que la capacidad de comprensión disminuye



notablemente (2006: 196-197). Berthier, García Casares y Dávila mencionan que las afasias fluentes están caracterizadas por presentar secuencias ininterrumpidas y bien articuladas de cinco palabras o más, además, se evidencia la dificultad para recuperar palabras. En la mayoría de los casos, las frases son correctas en el aspecto gramatical, las palabras funcionales (artículos, verbos auxiliares, preposiciones, inflexiones de sustantivos y verbos y conjunciones) están presentes, conservado su posición en la oración, sin embargo, pueden haber errores de omisión o sustitución. Se pueden observar errores en la producción de palabras (parafasias de tipo semánticas y verbales) y errores en la elección de los fonemas (parafasias fonémicas). También existen paragramatismo a causa de parafasias de múltiples palabras funcionales (artículos, preposiciones, conjunciones y pronombres), lo cual hace que los enunciados conserven su estructura según las reglas morfosintácticas del español, pero, sin ningún contenido semántico. La alteración en la comprensión es el rasgo más distintivo de la afasia de Wernicke. Los pacientes tienen graves problemas en la comprensión en todos los niveles (lenguaje conversacional, reconocimiento de fonemas y palabras, ejecución de una acción a la orden). Muchos de ellos tienen sordera para las palabras (2011: 5036-5038), asimismo, Villodre y Morant refieren que la comprensión está reducida a palabras simples o frases sencillas y sólo se mantiene por intervalos de tiempo cortos (2006: 193).

Por todo lo mencionado se infiere que la mayoría de pacientes afásicos fluentes presentan dificultades a nivel del componente semántico, aspecto que involucra varias áreas de estudio y que se torna importante analizar. Una de estas áreas la compone la comprensión auditiva que es sumamente importante para la comprensión del lenguaje oral.

### 1.1.2 Formulación del problema

¿Cómo se presenta la comprensión auditiva en el componente semántico en pacientes afásicos fluentes adultos que acuden a un Centro Hospitalario de Lima?

## 1.2. Formulación de objetivos

### 1.2.1. Objetivo general

Evaluar la comprensión auditiva en pacientes afásicos fluentes adultos que acuden a un Centro Hospitalario de Lima.

### 1.2.2. Objetivos específicos

- Describir las características de discriminación de palabras en pacientes afásicos fluentes.
- Describir las características de comprensión al identificar las partes del cuerpo en pacientes afásicos fluentes.
- Describir las características de la capacidad para procesar información auditiva mediante órdenes en pacientes afásicos fluentes.
- Describir las características de la capacidad de inferir a través de material ideativo complejo en pacientes afásicos fluentes.

### 1.3. Importancia y justificación del estudio

A nivel teórico, este estudio pretende contribuir a la descripción de la comprensión auditiva del componente semántico en pacientes afásicos de nuestro entorno local aportando conocimiento que se tiene hasta el momento sobre los pacientes peruanos, ya que los estudios realizados hasta el momento son del ámbito internacional.

Por lo tanto, se pretende analizar si lo planteado en la teoría en relación a la comprensión auditiva se aplica a los pacientes afásicos peruanos.

A nivel práctico, los resultados de la presente investigación permitirán, a nuestro juicio, mejorar el trabajo de rehabilitación, pues ayudará a la planificación de actividades y estrategias centradas en las deficiencias que se enfatizan en la investigación.

Cabe mencionar que la intervención que se realiza con los pacientes afásicos fluentes prioriza las áreas que presentan mayor déficit, por lo tanto, el trabajo con estos pacientes se realizaría de manera más eficaz, es decir, se plantearían aspectos y contenidos específicos de acuerdo a las necesidades producto del tipo de afasia fluente que presentan.

#### 1.4. Limitaciones de la investigación

El alcance del estudio está limitado por el tamaño de la muestra, lo que dificulta la generalización de los resultados a otros grupos similares. Estas limitaciones se deben básicamente a la incidencia de los pacientes con afasia fluente, que si bien se han incrementado, el porcentaje no constituye una población significativa.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 2.1. Antecedentes del estudio

Hasta el momento no se han realizado investigaciones relacionadas a la variable de estudio de la presente investigación a nivel nacional e internacional, sin embargo durante la revisión bibliográfica realizada se encontraron investigaciones relacionadas a aspectos expresivos en las que se estudia el componente léxico y sintáctico.

##### 2.1.1 Antecedentes nacionales

Mayco, Uriol y Zapata realizaron una investigación titulada “Análisis y descripción del componente léxico en pacientes con afasias atípicas”. Su principal propósito fue realizar el análisis y la descripción del vocabulario en un paciente afásico bilingüe con lesión en el hemisferio izquierdo y en dos pacientes afásicos zurdos uno con lesión en el hemisferio derecho y otro con lesión en el hemisferio izquierdo respectivamente. La muestra estuvo conformada por tres pacientes que presentaban afasias atípicas, un varón bilingüe y dos varones zurdos, quienes fueron diagnosticados

por especialistas reuniendo así las características de afasias atípicas. La afasia atípica es la alteración de la capacidad para utilizar el lenguaje, en pacientes con situaciones particulares como: analfabetismo, bilingüismo y mayor habilidad en las extremidades del lado izquierdo (zurdo). Se utilizó como instrumento de recolección de datos el Test de Boston el cual fue adaptado a la población del INR por la Dra. Julia Rado. Los resultados del estudio permitieron analizar y describir las categorías gramaticales del componente léxico que se fueron recuperando en los pacientes con afasia atípica (2010: 1-2)

Cabrejos, Castellón y Núñez realizaron un estudio titulado “Características sintácticas en pacientes afásicos no fluentes en un Centro Hospitalario del Callao”. El propósito general fue determinar las características del componente sintáctico que presentan los pacientes afásicos no fluentes de un Centro Hospitalario del Callao. El tipo de investigación fue cualitativo, específicamente el estudio de casos, se eligió como diseño los casos múltiples. La muestra incluyó a 6 pacientes adultos con afasia no fluente, quienes fueron elegidos intencionalmente. El instrumento que se utilizó fue el Test de Boston Adaptado a la población afásica del INR por la Doctora Julia Rado en el año 2006. El análisis cualitativo arrojó como resultado que existe alteración en el componente sintáctico en los pacientes afásicos no fluentes, también se encontraron mayores dificultades al estructurar frases u oraciones en el habla espontánea a nivel de preguntas y al describir una imagen (2012: 1-2)

#### 2.1.2. Antecedentes internacionales

Hernández, Avendaño y Rojas realizaron un estudio titulado “Efecto de la frecuencia léxica y silábica en afasia anómica” cuyo objetivo fue contrastar el rendimiento de dos grupos de sujetos, uno con afasia anómica y otro sin ella en tareas

de decisión léxica (TDL) y de deletreo en relación con el efecto de las variables de frecuencia léxica y silábica. Se llevó a cabo un estudio prospectivo, donde se administró la Tarea de Decisión Léxica (TDL), en el que la muestra tuvo que elegir si el estímulo que se le presentaba era una palabra o pseudopalabra; y respecto a la tarea de deletreo, los sujetos tenían que deletrear de forma oral cada una de las palabras que fueron presentadas de forma auditiva. Los resultados muestran para la TDL, que el grupo experimental presentó un alto porcentaje de fallas en los estímulos de alta frecuencia silábica, entretanto, el grupo de control, tuvo más errores en aquellos que tenían baja frecuencia silábica. Respecto a los tiempos de reacción, el grupo experimental tardó más que los controles en resolver la tarea. En cuanto a la tarea de deletreo, no se encontraron diferencias de ejecución entre los grupos, tampoco se evidenció variantes por las condiciones. En conclusión, los resultados de esta investigación demostraron el efecto de facilitación de la frecuencia léxica y la inhibición que genera la frecuencia silábica alta, ampliamente soportada por la investigación en población normalizada mediante diferentes idiomas (2012:337)

Mavis realizó una investigación titulada “Language characteristics of fluent aphasic patients in Turkish”. Tuvo como objetivo describir las características lingüísticas de los pacientes afásicos fluidos turcos y su desempeño en la comprensión auditiva, la repetición y las habilidades de denominación. La muestra estuvo constituida por 8 pacientes afásicos fluentes (3 mujeres y 5 hombres entre 33 y 84 años de edad). Los resultados demuestran algunos datos morfológicos que son muy específicos al idioma. Además la comprensión auditiva se correlacionó con la repetición ( $r = 0,88$ ,

$p < 0.01$ ). Los resultados muestran que la comprensión de los pacientes va a depender del tipo de afasia que presentan (2005: 75)

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1. Afasia

Según Bein & Ovcharova en 1970 definieron a la afasia como una alteración en la habilidad para emplear el lenguaje; Hécaen en el año 1977, la considera como un déficit en la comunicación verbal como resultado de daño cerebral; Kertesz en 1985 concibe a este trastorno como una pérdida del lenguaje a consecuencia de daño cerebral y que se caracteriza por fallas en la producción (parafasias), errores de comprensión, y problemas para encontrar palabras (anomia); finalmente, Benson en 1979 la define como una pérdida o trastorno en el lenguaje causada por un daño cerebral (citado en Ardila 2006: 9).

Como se puede apreciar, todas las investigaciones coinciden en que la afasia es una alteración en el lenguaje como consecuencia de un daño cerebral.

#### 2.2.1.1. Clasificación de las afasias

La distribución de las afasias ha adoptado diferentes criterios a lo largo de los años, en el siguiente cuadro se toman en cuenta las características clínicas, neuropsicológicas y neuroanatómicas.

**Cuadro 1**

**Características de las diferentes formas de afasia**

		<b>AFASIA DE BROCA</b>	<b>AFASIA DE WERNICKE</b>	<b>AFASIA GLOBAL</b>	<b>AFASIA ANÓMICA</b>	<b>AFASIA DE CONDUCCION</b>	<b>AFASIA TRANSCORTICAL SENSORIAL</b>	<b>AFASIA TRANSCORTICAL MOTORA</b>	<b>AFASIA TRANSCORTICAL MIXTA</b>
<b>Lenguaje conversacional</b>		No fluente	Fluente, parafásico	No fluente	Fluente vacío	Fluente parafásico	Fluente, parafásico, ecológico	No fluente	No fluente con ecolalia
<b>Comprensión del lenguaje hablado</b>		Relativamente normal	Anormal	Anormal	Normal o defecto leve	Buena a normal	Muy anormal	Relativamente normal	Muy defectuosa
<b>Repetición del lenguaje hablado</b>		Anormal	Anormal	Anormal	Buena	Anormal	Buena excelente	Buena a anormal	Buena
<b>Denominación por confrontación</b>		Anormal	Anormal	Anormal	Defectuosa	Usualmente anormal	Defectuosa	Defectuosa	Muy defectuosa
<b>Lectura</b>	<b>Voz alta</b>	Anormal	Anormal	Anormal	Buena a defectuosa	Anormal	Defectuosa	Defectuosa	Defectuosa
	<b>Comprensión</b>	Normal o Anormal	Anormal	Anormal	Buena a defectuosa	Buena a normal	Defectuosa	Con frecuencia buena	Defectuosa
<b>Escritura</b>		Anormal	Anormal	Anormal	Buena a defectuosa	Anormal	Defectuosa	Defectuosa	Defectuosa

Fuente: Perea-Bartolome (2001, pág. 486)

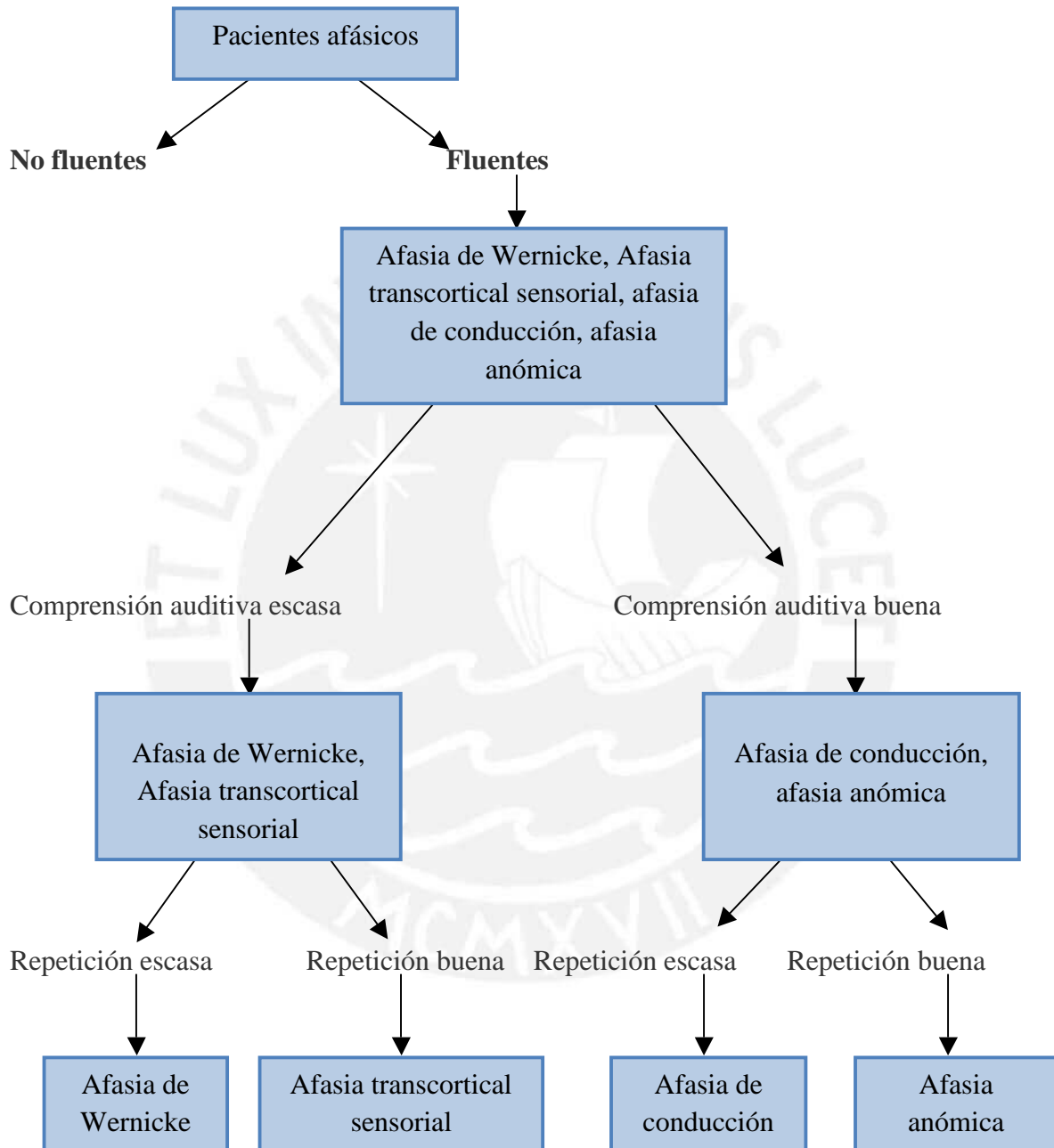


#### 2.2.1.2. Las afasias fluentes

Según Mavis las afasias fluentes incluyen a la afasia de Wernicke, de conducción, a los afásicos sensoriales transcorticales y anómicos, en quienes se demuestra similitudes. Presentan una regular comprensión, como se aprecia en las afasias anómica y de conducción, a graves inconvenientes en la comprensión del lenguaje como en las afasias de Wernicke y transcortical sensorial; y también algunos problemas de repetición. Todos los pacientes tienen diferentes niveles de déficit de denominación y difieren en el tipo de parafasias. También, se evidenció construcciones gramaticales erróneas, sobre todo en los afásicos de Wernicke. Los patrones de los síntomas de los pacientes afásicos fluidos han sido estudiados en varios idiomas. El húngaro, es una lengua muy similar a la Turca en términos de morfología, en sus pacientes afásicos se han observado errores de omisión en el caso de la afasia de Wernicke. Las claves gramaticales se encuentran altamente unidas al significado de la oración, lo que puede facilitar la comprensión de los pacientes con afasia fluida. Esta hipótesis puede ser realizada en turco y otros idiomas similares, siempre y cuando en el caso se conserve la morfología que va a proporcionar información sobre la comprensión auditiva (2005: 80).

Figura 1

Clasificación de los síndromes de afasia cortical



Fuente: Helm-Estabrooks y Albert (1994, pag 41)

## A. Afasia de Wernicke

Según Benson y Ardila (citado en Ardila 2006: 68) este tipo de afasia también se le ha nombrado como afasia sensorial, afasia receptiva, afasia central, entre otros nombres. Además, son claras y evidentes sus características clínicas en la bibliografía especializada en el área.

Cuadro 2

### Características de la afasia de Wernicke

Características de la afasia de Wernicke	
<b>Lenguaje conversacional</b>	Fluente, parafásico
<b>Comprensión del lenguaje</b>	Anormal
<b>Repetición</b>	Anormal
<b>Señalar</b>	Anormal
<b>Denominar</b>	Anormal
<b>Lectura en voz alta</b>	Relativamente normal a anormal
<b>Lectura de comprensión</b>	Relativamente normal a anormal
<b>Escritura</b>	Anormal
Signos neurológicos asociados	
<b>Sistema motor</b>	Normal
<b>Disartria</b>	Ausente
<b>Pérdida de sensibilidad</b>	Ausente
<b>Apraxia</b>	Ausente
<b>Campo visual</b>	Normal o cuadrantanopsia superior
<b>Agnosia visual</b>	Ausente

Fuente: Benson y Ardila (1996, en Ardila, 2006, pág. 69).

Ardila refiere que en este tipo de afasia, el lenguaje expresivo tiene una fluidez normal existiendo un número apropiado y en ocasiones en demasía de palabras en un minuto. Se observa adición de sílabas a las palabras y de palabras en las frases. Además, una verbalización amplia de palabras en su discurso haciéndose necesario la interrupción de su interlocutor.

Asimismo, se presenta como característica importante de esta afasia, la dificultad en la recepción del lenguaje oral, viéndose en algunos casos que el paciente no comprende. Generalmente, se presenta cierto nivel de comprensión de palabras simples o frases sencillas. El sujeto puede entender varias palabras, pero si se eleva la cantidad, su comprensión es muy limitada y logra solo comprender los elementos iniciales del estímulo presentado (fenómeno de fatiga). Un tema en particular puede ser seguido por el paciente, pero si este es cambiado, la comprensión se torna difícil hasta después de haber transcurrido cierto tiempo en el que se adquiere cierta comprensión del tema tratado; así se puede apreciar que la comprensión se da por cortos periodos de tiempo, además se requiere que el paciente invierta un gran esfuerzo.

Los pacientes con afasia de Wernicke tienen dificultades en la recepción de algunas tareas y un mejor desempeño en otras, esto puede ir variando de un paciente a otro, en cuanto a la calidad; las tareas en las que logran una ejecución adecuada son en actividades referidas a movimientos corporales. Es importante mencionar que las interferencias como ruidos de fondo o del ambiente limitan la comprensión en estos pacientes. Además se puede apreciar deficiencias en la discriminación de fonemas (percepción fonémica), en especial de fonemas cuya sonoridad tiene mucha cercanía. También, frecuentemente fracasan en la denominación de partes del cuerpo, objetos,

entre otros, presentados en imágenes; en ocasiones, sus respuestas eran parafásicas, para ellos señalar es frecuentemente más fácil que denominar.

Junto con las dificultades de comprensión se encuentran las dificultades de repetición, ambas se correlacionan, a medida que una aumenta la otra también, si el paciente decae en la comprensión también lo harán en la repetición, aunque esto podría variar según las individualidades de cada paciente con afasia de Wernicke (2006: 69-71)

#### B. Afasia transcortical sensorial

Vendrell menciona que en este tipo de afasia se evidencia deficiencias importantes en la comprensión, así como jerga semántica en la expresión verbal fluente. En este tipo de afasia, los pacientes logran repetir adecuadamente. La lesión frecuentemente se localiza en la región tétoro-occipital y algunas ocasiones en las áreas parietococpitales. Pueden mejorar, aunque puede mantenerse la anomia y la tendencia a los circunloquios (2001: 984). Helm-Estabrooks y Albert refieren que en este tipo de afasia, considerada como fluida, la **comprensión auditiva es escasa** (1994: 41).

#### C. Afasia de conducción

Vendrell menciona que la existencia de la afasia de conducción fue postulada por Wernicke en 1874, con lo cual se refirió a la desconexión de la conducción de impulsos sensoriales hacia los mecanismos motores. Además el mismo autor consideró que en 1875, Lichtheim refirió que la repetición se veía afectada en este tipo de afasia. El lenguaje espontáneo se conserva fluido, con presencia de parafasias fonémicas y trastornos anómicos. La **comprensión está relativamente preservada**, aunque se

pueden observar algunas dificultades en la discriminación fonémica y la comprensión de frases. Se presenta una dificultad importante en la repetición (2001: 983).

#### D. Afasia anómica

Goodglass y Geschwind en 1976 menciona que todos los pacientes afásicos muestran en algún momento de la enfermedad dificultad para encontrar palabras, independientemente del cuadro clínico que presenten o de la localización neuroanatómica de la lesión. El término “anomia” se ha definido como “la pérdida selectiva del repertorio léxico, fundamentalmente nombres y verbos, pero también adjetivos y adverbios” (citado en Manning 1992: 209) y Zurif en 1983 la considera como la alteración de “la capacidad para identificar y producir respuestas para referirse a objetos y acontecimientos” (citado en Manning 1992: 214).

El término “anomia” tiene dos acepciones: por un lado, designa un síndrome afásico específico, la llamada afasia anómica; por otro, en una acepción más amplia, se refiere a la manifestación de la dificultad para encontrar palabras que se observa en todo síndrome afásico. Así en esta segunda acepción, la anomia se considera como un síntoma más de un cuadro afásico, sea esta una afasia de Broca, de Wernicke, de Conducción, entre otros.

Según Ardila, el paciente tiene dificultades para nombrar los objetos, además, no puede identificarlos frente a sus imágenes cuando se le mencionan sus nombres (2006: 57). Helm-Estabrooks y Albert, asimismo, mencionan que pueden presentar una **buena comprensión auditiva** así como su repetición. (1994: 41)

## 2.2.2. Comprensión auditiva

### 2.2.2.1. Lenguaje

Puyuelo y Rondal mencionan que el lenguaje es una experiencia específicamente humana con importantes funciones en el ámbito cognitivo, social y de comunicación (2003: 1).

Según Acosta y Moreno, el lenguaje es un sistema que se compone de unidades (signos lingüísticos que tienen un orden interno de carácter formal) al emplearlos, permiten establecer relaciones y acciones en el medio social en el que el hombre se desempeña dando forma a diferentes tipos de conductas. También, se considera al lenguaje como un sistema que evoluciona dentro de los contextos históricos, sociales y culturales, de ahí la importancia de considerar a la escuela para favorecer este desarrollo (2001: 2).

Owens refiere que el lenguaje se define como un código socialmente compartido, o un sistema convencional, que se utiliza para caracterizar conceptos mediante la utilización de símbolos arbitrarios y sus combinaciones, además se encuentran normadas por reglas (2003: 5).

#### 2.2.2.2. Componentes

El lenguaje es un sistema complejo, por este motivo se requiere que sea descompuesto en sus constituyentes funcionales que vienen a ser los componentes.

Según Acosta y Moreno estos se definen de la siguiente manera:

- Componente semántico: estudia cómo se relacionan los significados entre sí y los cambios de significación por las que pasan esas palabras. Las palabras pueden

considerarse como una convención social para representar la realidad, pero no la realidad en sí misma, estas más bien representan nuestras propias ideas o concepciones sobre esa realidad.

- **Componente pragmático:** está referido a un grupo de reglas que se relacionan con el uso del lenguaje dentro de un contexto comunicativo, es decir, la pragmática viene a ser la manera en que se utiliza el lenguaje para comunicarse, más que a la forma en que se organiza la información que se comparte.
- **Componente fonológico:** se encarga de las normas que rigen la estructura, la distribución y la secuencia de sonidos del habla, así como configuración de las sílabas.
- **Componente morfosintáctico:** la sintaxis está referida a la forma o estructura de una oración, las oraciones se organizan según su función y de ello dependerán sus estructuras. Mientras la morfología, hace referencia a la organización interna de las palabras (2001: 51-131).

Cuadro 3  
Componentes, dimensiones y procesos del lenguaje

PROCESOS	COMPRENSION (Habilidad para discernir lo que se dice)			
	Forma	Contenido	Uso	DIMENSIONES
	Fonético	Léxico	Pragmático	COMPONENTES
	Fonológico	Semántico		
Morfosintáctico				
PRODUCCION (exposición del pensamiento mediante lenguaje oral)				

Fuente: Elaboración propia, 2013.



### 2.2.2.3. Contenido de la semántica

Según Martínez el léxico mental se encuentra en el cerebro de toda persona que habla. Un hablante dispone de 20 000 a 50 000 palabras que utiliza habitualmente. En este lexicón se encuentran incorporadas a las piezas léxicas las reglas que organizan y controlan el lenguaje y su actualización (1998: 193).

### 2.2.2.4. Características de la información contenida en el lexicón

Martínez afirma que los contenidos del diccionario mental están organizados bajo un tipo de codificación asociada a cada entrada léxica que contiene toda la información relativa a cada ítem. Desde el punto de vista lingüístico, la información asociada a cada entrada corresponde a los diferentes niveles del lenguaje, es decir cada ítem contiene información del siguiente tipo (1998: 194):

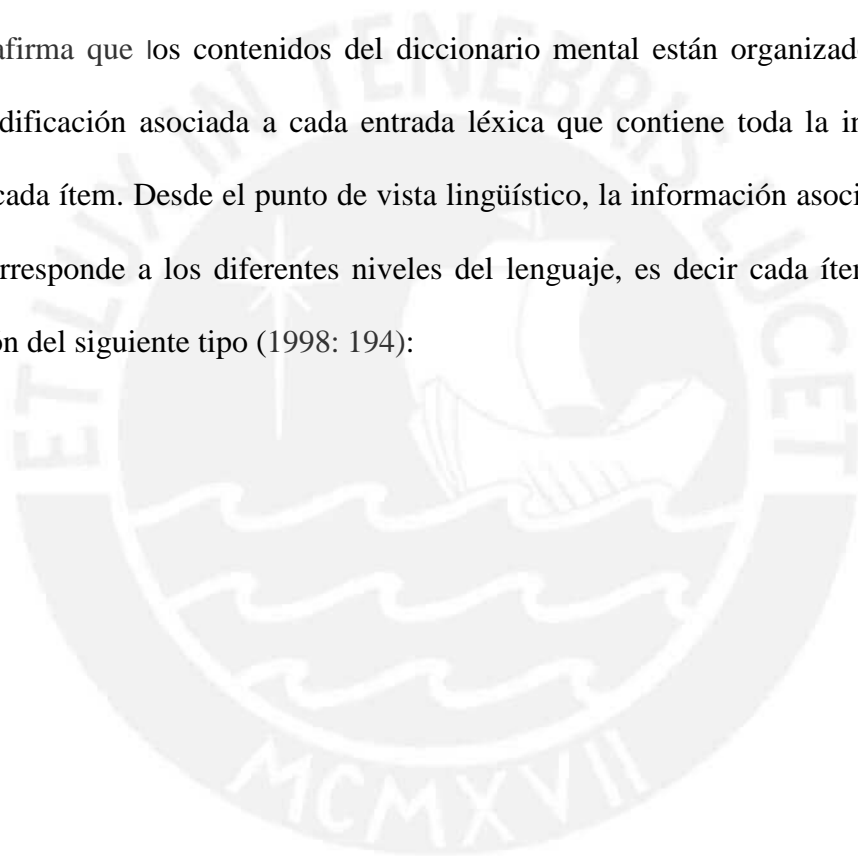


Figura2

El lexicón mental



Fuente: Elaboración propia, 2013.

Cuadro 4

Contenidos de la semántica relacionada al Test de Boston

ASPECTOS	CONTENIDOS	TEST DE BOSTÓN	
		ESCALA	SUBESCALAS
VOCABULARIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominación de elementos</li> <li>- Reconocimiento de elementos</li> </ul>	<b>* COMPRENSIÓN AUDITIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discriminación de palabras.</li> <li>- Identificación de partes del cuerpo.</li> </ul>
SIGNIFICADO DE FRASES Y ORACIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento de instrucciones simples / complejas</li> <li>- Comprensión de enunciados</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Órdenes.</li> <li>- Material ideativo complejo.</li> </ul>
DESCRIPCIONES, DEFINICIONES, CAMPOS SEMÁNTICOS, COMPARACIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de características importantes</li> <li>- Establecer categorías</li> <li>- Semejanzas y diferencias según criterios.</li> </ul>		
RELACIONES DE SIGNIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinónimos</li> <li>- Antónimos</li> <li>- Asociaciones</li> </ul>		
RAZONAMIENTO VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absurdos</li> <li>- Analogías</li> </ul>		

Fuente: Elaboración propia, 2013

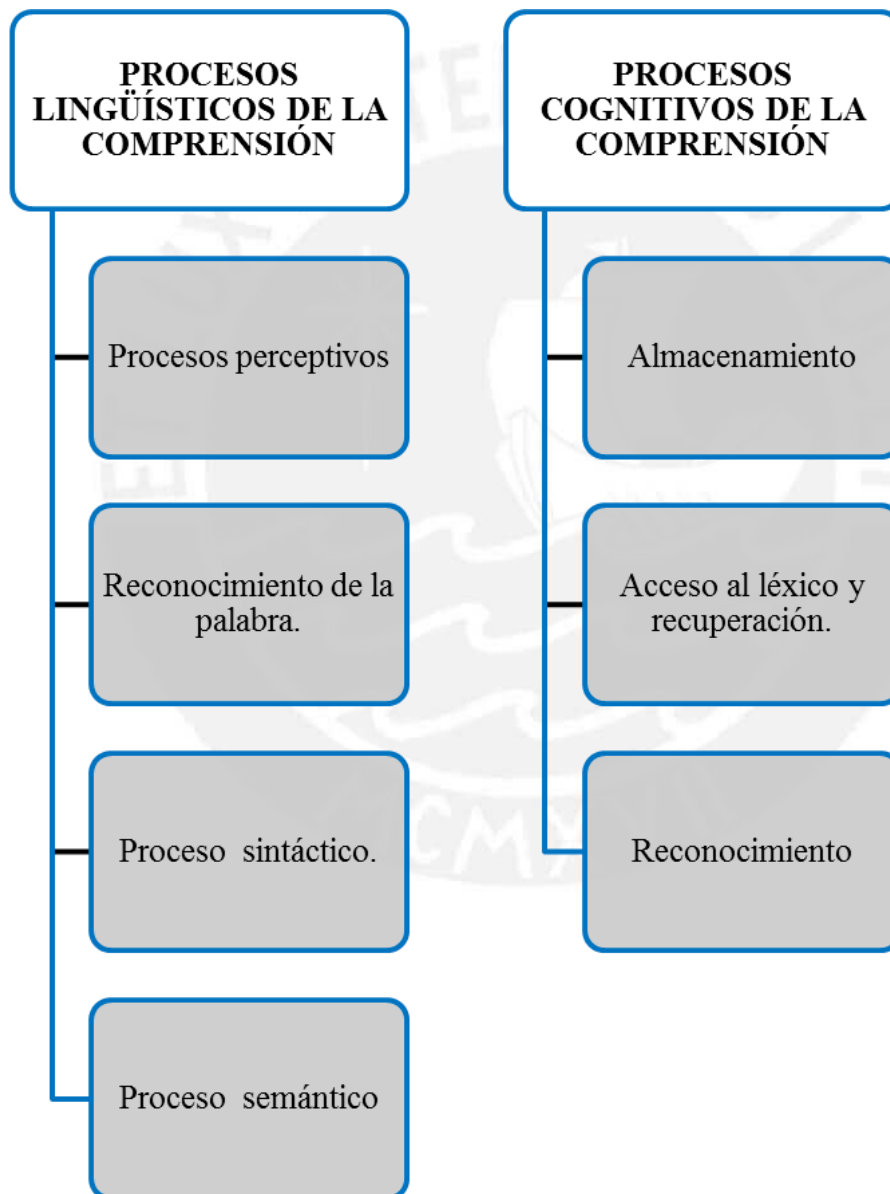
\* Al lado izquierdo se observa las subescalas del contenido de comprensión de auditiva que evalúa el test de Boston en relación a los contenidos de la semántica.

### 2.2.2.5. Evolución del desarrollo semántico

A continuación se presenta información sobre el desarrollo semántico:

Figura3

Evolución del desarrollo semántico.



Fuente: Elaboración propia, 2013

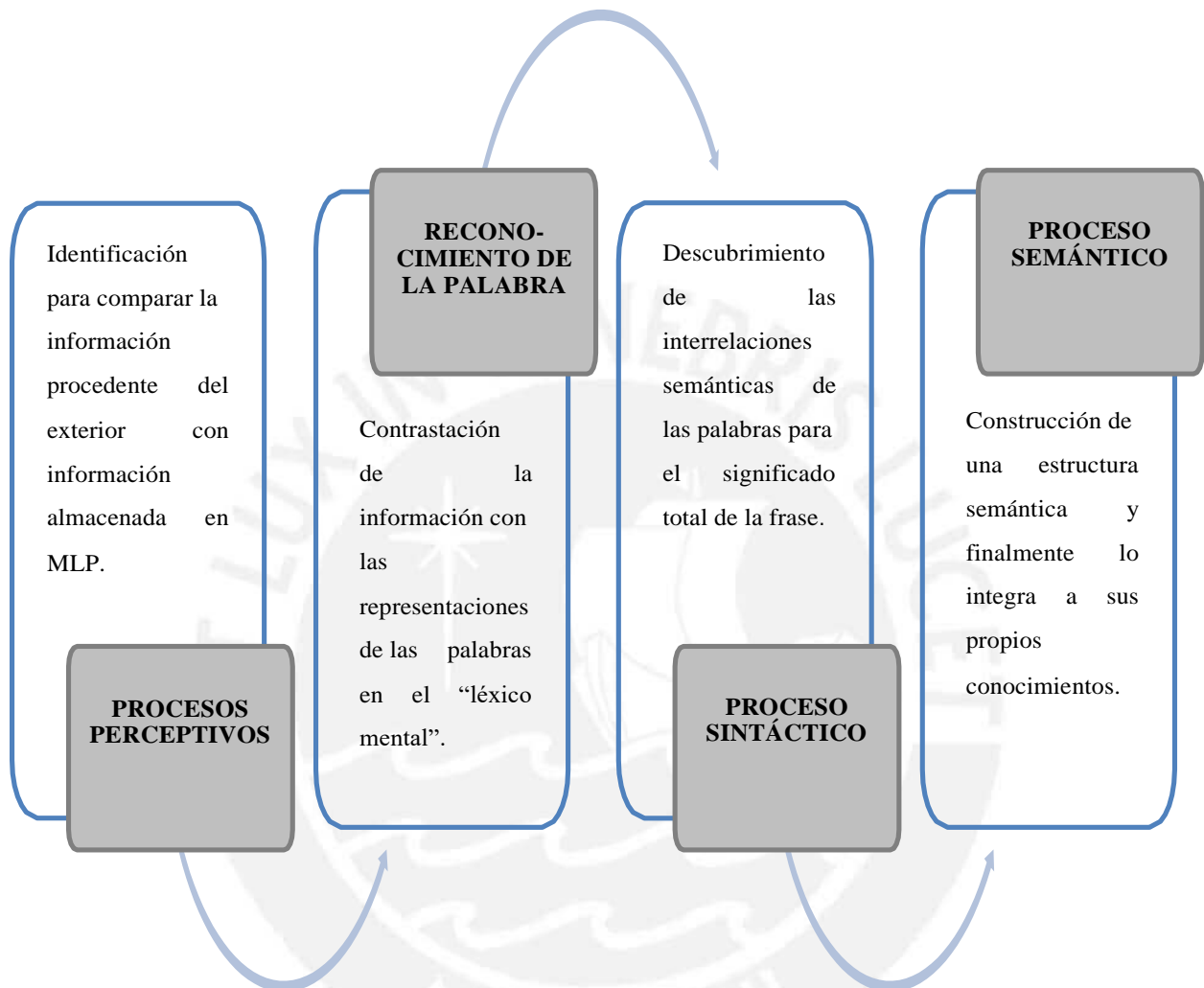
## A. Procesos lingüísticos de la comprensión

Valle, Cuetos, Igoa y Del Viso refieren que es indicativo de que una persona ha comprendido cuando ésta es capaz de extraer el significado de unos signos acústicos (en el lenguaje oral) y gráficos (en el lenguaje escrito), significados que luego se integrarán a los conocimientos del individuo. También refieren que esta tarea se puede descomponer en varios procesos de funciones específicas. En primer lugar, están los procesos perceptivos mediante el cual el mensaje es recogido y analizado por los sentidos, luego la información es procesada, por ello es necesario reconocer las ondas acústicas que llegan al oído como fonemas de un idioma determinado; la operación de identificación consiste en comparar la información procedente del exterior con información almacenada en la memoria a largo plazo, teniendo una representación abstracta y relacional.

Luego que se han identificado los fonemas que componen la palabra, el proceso siguiente es el de reconocer el concepto al que refiere este contenido en el “léxico mental” de la persona. En el proceso sintáctico se busca descubrir la relación estructural entre las palabras para entender el significado total de la frase u oración están marcadas por las relaciones estructurales (sintácticas). El último paso es el semántico aquí la persona elabora una estructura semántica a partir del mensaje y lo integra a sus conocimientos. Cuando se ha integrado la información a la memoria significa que el proceso de comprensión terminó. A veces el mensaje no está presente literalmente en la frase sino que la persona tiene que inferir según el contexto, los gestos, la prosodia, entre otros para comprender el mensaje del hablante (1990:73)

Figura 4

El proceso lingüístico de la comprensión.



Fuente: Elaboración propia, 2013

## B. Procesos cognitivos de la comprensión

Martínez considera tres pasos importantes para el almacenamiento, acceso, reconocimiento y recuperación del lexicón mental a partir de observación en pacientes con problemas para actuar adecuadamente; estos pasos son:

Almacenamiento

La información almacenada en el lexicón tiene como requisitos las características y clases de palabras y junto con los procesos cognitivos, capta y almacena la información externa escuchada. Por ello es necesario averiguar qué tipo de información asociada a cada entrada léxica tiene el paciente y si esta es la correcta.

#### Acceso al léxico y recuperación

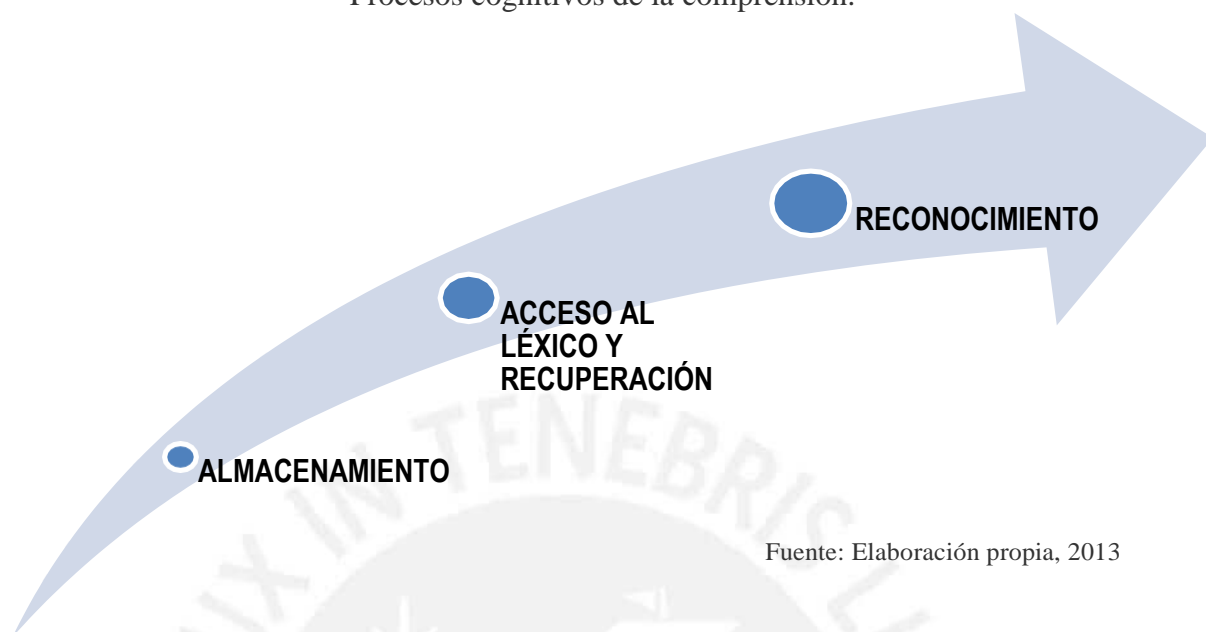
El hablante busca en el lexicón una unidad específica para codificarla/descodificarla, a este proceso se le llama recuperación, es decir, cuando las piezas léxicas han sido encontradas. Cuando el paciente presenta dificultades para acceder al léxico, es porque este proceso puede verse alterado. Según su gravedad, el paciente puede recordar algunas características de la pieza léxica. Estas dificultades pueden ser transitorias, interfiriendo en el acceso al lexicón o pueden ser de tipo conceptual o asociativo, provocadas por la continuidad de uso, por el nuevo aprendizaje de un término, etc. (el paciente sabe lo que quiere decir, puede tener cierto acceso al léxico, pero no puede recuperar la palabra).

#### Reconocimiento

En este proceso el individuo reconoce un determinado elemento léxico entre varios de ellos, es decir que cuando nos proponen la pieza léxica a la que no tenemos acceso momentáneamente, se puede reconocerla al tenerla presente dentro de otras (1998: 195-196).

Figura 5

Procesos cognitivos de la comprensión.



Fuente: Elaboración propia, 2013

Cuadro 5

Evolución de la semántica relacionada al Test de Boston.

TEST DE BOSTON		EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO SEMÁNTICO	
ESCALA	SUBESCALAS	Procesos lingüísticos	Procesos cognitivos
<b>* COMPRENSIÓN AUDITIVA</b>	- Discriminación de palabras.	- Procesos perceptivos.	- Acceso al léxico y recuperación.
	- Identificación de partes del cuerpo.	- Reconocimiento de la palabra.	
	- Órdenes. - Material ideativo complejo.	- Proceso sintáctico y proceso semántico.	- Almacenamiento. - Reconocimiento.

Fuente: Elaboración propia, 2013

\* Al lado izquierdo se observan las subescalas del contenido de comprensión auditiva que evalúa el test de Boston en relación al desarrollo evolutivo de la semántica.



#### 2.2.2.6. Desarrollo semántico

Según Acosta y Moreno la secuencia evolutiva de la adquisición de los procesos semánticos no se encuentra suficientemente descrita en la literatura al respecto (2001: 110). Según Nelson en 1998 en la evolución del desarrollo semántico infantil se observan varias etapas:

Etapa preléxica: que comprende desde los 10 a 15 meses. Aquí los padres comienzan a dar información sobre las categorías de palabra según las expresiones de sus hijos asocian a determinados objetos y situaciones. Estas primeras emisiones son fonéticamente consistentes y suelen acompañarse de mímicas o expresiones faciales. A los 15 meses aproximadamente se suelen encontrar fórmulas estereotipadas como “ke-e-to” o “se-cabo”, asociadas a actividades rutinarias. Estas producciones no presentan un contenido para ser calificadas como palabras, sino que son consideradas como “prepalabras”, ya que tienen propósito y efectos comunicativos pero no entidad propia, es decir comparten una experiencia pero carecen de significado.

Etapa los símbolos léxicos: abarca desde los 16 a 18 meses. Aquí los niños aumentan su vocabulario significativamente y empiezan a dar nombre a las cosas. Sus emisiones adquieren una primera consistencia conceptual que las hace participar de algunos significados adultos. Se produce el fenómeno denominado “descubrimiento del nombre” ya que los niños empiezan a dar etiquetas lingüísticas a los objetos, personas y acciones. Los significados son referenciales ya que se asocian a un concepto o idea que ellos se han formado de lo nombrado. Estas referencias son estables para designar a las mismas cosas aunque los atributos no concuerdan con la de los cuidadores.

Etapa semántica: corresponde a las edades entre 19 y 30 meses. Al comienzo de esta etapa el vocabulario medio de los niños se encuentra alrededor de las 50 palabras incrementándose notablemente hacia el final de la misma, llegándose a construir enunciados de varias palabras utilizando varias estrategias para combinarlas. Alrededor de los 20 meses hay un predominio del uso de términos nominales, seguido de la expresión de acciones y de otros elementos expresivos y funcionales. Los términos nominales del niño se referían a las áreas de comida, personas, animales, así como algunas partes del cuerpo. Su origen se sitúa por las características perceptivas de los referentes, en la función que realizan, en el contexto que suelen aparecer. Con respecto a las combinaciones de palabras en un mismo enunciado se observa a los 24 meses, la principal característica, una relación semántica que puede ser de existencia, posesión, desaparición, entre otros. Los enunciados están integrados por palabras con significado léxico, las palabras funcionales o gramaticales son escasas.

El desarrollo de la fase semántica continuará hasta los 5 años, durante los cuales el niño irá precisando sus significados y asignando nuevos vocablos a los conceptos que va obteniendo (citado en Acosta y Moreno 2001: 110-113).

Cuadro 6  
Evolución del desarrollo semántico.

ETAPAS	CATEGORÍAS MÁS EMPLEADAS	CONTENIDO EXPRESADO	FENÓMENOS ENCONTRADOS
Preléxica (10-15 meses)	Prepalabras	Intención comunicativa y compartir experiencias.	Consistencia fonética
Símbolos léxicos	Sustantivos	Conceptos acerca de su entorno inmediato (significado referencial)	Sobreextensión y sobrerestrictión basados en sus experiencias.
Significado de la palabra. (19-30 meses)	Sustantivos, verbos y adverbios.	Relaciones de propiedad, presencia, desaparición, etc.	Sobreextensión y sobrerestrictión, basados en características perceptivas y funcionales.
(30-36 meses)	Verbos de acción y algunas palabras gramaticales.	Presencia de objetos y sucesos en el tiempo, espacio, etc.	Organización conceptual en torno a campos semánticos.
(3-4 años)	Preposiciones, conjunciones, adjetivos y pronombres.	Particularidades en relación con el tamaño, cantidad, etc.	Sinonimia, antonimia, reciprocidad y jerarquización de significados.
Semántica del discurso (a partir de los 4 años)	Conectores discursivos (pronombres relativos, conjunciones causales y temporales, adverbios y preposiciones de espacio y tiempo)	Relación de acontecimientos secuenciada y ordenada.	Cohesión y coherencia discursiva.

Fuente: Acosta y Moreno (2001, pág. 113)

### 2.3 Definición de términos básicos

Afasia: Según Ardila la afasia es un trastorno adquirido durante o después de la adquisición del lenguaje (2006: 9)

Comprensión auditiva: Según Rost, es la capacidad para obtener el significado, mediante la recepción de la información oral, representarla mentalmente, negociar el significado con el emisor y contestar creando una participación, imaginación y empatía. Escuchar es un proceso de interpretación activa y compleja, donde la persona al oír crea un vínculo entre lo que oye y lo que el receptor conoce (citado en Córdoba, Coto y Ramírez 2005: 3).



### CAPÍTULO III METODOLOGÍA

#### 3.1. Enfoques de la investigación

La presente tesis se desarrolla en base a dos enfoques: el cualitativo, porque mediante la recopilación de datos, la descripción y el análisis de las respuestas de cada caso es posible comprender y conocer las características específicas de la comprensión auditiva de los pacientes afásicos fluentes para entender su naturaleza y contribuir en la mejora de la intervención. A su vez esta investigación es cuantitativa porque se parte de la observación de las dificultades que presentan los pacientes con afasia fluente, luego se pasa al análisis de datos y así se describe de manera específica las características de la comprensión auditiva (componente semántico) en pacientes afásicos fluentes. Asimismo, los datos recolectados también son analizados mediante el uso de métodos estadísticos para realizar comparaciones con futuros estudios similares.

Por lo tanto, la combinación de ambos métodos permitirá un conocimiento más amplio y exacto sobre la comprensión auditiva en pacientes afásicos fluentes.

### 3.2. Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo descriptivo, porque el objetivo básico fue identificar las características específicas y los rasgos más significativos de los pacientes con afasia fluente, recolectándose la información de la naturaleza de la comprensión auditiva a través de la aplicación del Test de Boston.

Basándonos en Alarcón, el diseño utilizado en la investigación fue no experimental de tipo transversal, porque en el estudio no se manipuló variables, solo se observó el fenómeno en su ambiente natural y fue transversal porque se recolectó datos en un solo momento en el tiempo (2008: 180)

### 3.3. Población y muestra

La población objetivo fue de pacientes afásicos fluentes de una Institución de Salud Pública de Lima.

La muestra estuvo constituida por 8 pacientes entre hombres y mujeres con el diagnóstico de afasia fluente, cuyo rango de edad cronológica oscilaba entre 18 y 70 años, además tuvieron como lengua materna el castellano. Asimismo, se excluyó a todo paciente que no estuvo en el rango de edad, no presentan afasia fluente o tuviesen como lengua materna otra que no sea el castellano.

Cuadro 7

## Lista de pacientes afásicos fluentes evaluados

<b>PACIENTE</b>	<b>EDAD</b>	<b>LUGAR DE NAC.</b>	<b>NIVEL DE ESTUDIO</b>	<b>LENGUA MATERNA</b>	<b>SEGUNDA LENGUA</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
<b>P1</b>	57	Lima	5to de secundaria	Español	--	Afasia Anómica
<b>P2</b>	58	Ucayali	Secundaria	Español	--	Afasia Anómica
<b>P3</b>	34	Lima	2do de secundaria	Español	--	Afasia Transcortical sensorial
<b>P4</b>	65	Lima	Secundaria	Español	Quechua	Afasia Transcortical sensorial
<b>P5</b>	70	Apurímac	4to de secundaria	Español	--	Afasia Anómica
<b>P6</b>	76	Cusco	Secundaria completa	Español	Quechua	Afasia Transcortical sensorial
<b>P7</b>	63	Cusco	5to de secundaria	Español	Quechua	Afasia Transcortical sensorial
<b>P8</b>	61	Piura	Superior (escuela normal)	Español,	Inglés básico y portugués.	Afasia de Wernicke

Fuente: Historias de los pacientes del centro hospitalario de Lima, 2013.

### 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para este estudio se administró el Test de Boston.

<b>Ficha técnica</b>	
<b>Nombre</b>	Test de Boston
<b>Autores</b>	Googlass y Kaplan, 1972 (USA)  Adaptación española de García Albea, Sánchez Bernardos y del Viso, 1986.  Adaptación peruana de Rado Triveño, 2006.
<b>Administración</b>	Individual
<b>Duración</b>	Alrededor de 60 minutos.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Pacientes afásicos.
<b>Objetivos</b>	Determinar la presencia y la clase de cuadro clínico, conocer el nivel de desempeño del sujeto, a través de una serie de pruebas, valorar las habilidades del paciente en la totalidad de las áreas lingüísticas, finalmente plantear estrategias de rehabilitación.
<b>Baremos</b>	Pacientes afásicos del Instituto Nacional de Rehabilitación (Rado, 2006)



Breve descripción:

El test de Boston, es un examen que permite identificar la presencia de la afasia. El análisis de esta prueba se efectúa desde la perspectiva psicolingüística, se considera que los componentes del lenguaje pueden estar específicamente afectados en la afasia.

La prueba tiene como objetivo describir de manera detallada los aspectos que se encuentran en déficit y aquellos que no del lenguaje. Para ello la prueba tiene una variedad de requerimientos:

- 1) Un rango de dificultad amplio.
- 2) Como requisito de confiabilidad y mayor capacidad de discriminación del cambio, se tiene una extensión apropiada de los subtest.
- 3) Estandarización, que proporciona un punto de referencia externo de los grados de severidad.

El test de Boston evalúa los aspectos mencionados con un incremento en la dificultad a fin de conocer los grados de severidad según el caso. El test presenta dos escalas: comprensión auditiva y comprensión escrita, las cuales están subdivididas en diferentes subescalas cuyo contenido están implicadas en la comprensión, que son:

Cuadro 8

Escalas y subescalas del Test de Boston.

ESCALA	SUBESCALAS
COMPRESIÓN AUDITIVA	Discriminación de palabras.
	Identificación de partes del cuerpo.
	Órdenes.
	Material ideativo complejo.
COMPRESION DEL LENGUAJE ESCRITO	Discriminación de letras y palabras.
	Asociación fonética: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de palabras.</li> <li>- Compresión del deletreo oral.</li> <li>- Emparejar dibujo-palabra</li> <li>- Lectura de oraciones y párrafos.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, 2013.

Validez y confiabilidad

En el Test de Boston, en la adaptación española, en cuanto a la validez, se obtuvo 0.99 de confiabilidad en el subtest de fluidez, por otro lado se obtuvo un 0.68 en el subtest de identificación de partes del cuerpo; 0.89 en el subtest de material ideativo complejo, lo mismo se obtuvo en el subtest de agilidad verbal; 0.92 en el subtest de repetición de palabras, al igual que en el subtest de denominación; 0.90 en el subtest de discriminación de letras y palabras y en el subtest de lectura de oraciones y párrafos. La

forma de agrupación de los subtest y la validez alcanzada comprueban el modelo teórico del test (citado por Rado 2006: 42).

En esta investigación se emplearon los valores obtenidos por Rado lo cual se describe a continuación. En relación al resultado de la V de Aiken de la escala de comprensión auditiva (que está comprendido por ítems de comprensión auditiva, discriminación de palabras, órdenes, material ideativo complejo), los resultados indican que la totalidad de los ítems pueden permanecer en la escala, con excepción del ítem discriminación de palabras 6 que logra un valor de 0.778 lo cual muestra que no es estadísticamente significativo, por lo tanto la escala queda conformada por 78 ítems. La V de Aiken de la escala de denominación (que está comprendido por ítems de denominación auditiva, denominación visual, denominación de partes del cuerpo y denominación de animales por tiempo) evidencia que todos los ítems permanecerán excepto los de denominación visual 5 y 6, ya que logran valores V de Aiken de 0.556 y 0.444 respectivamente, es así que la escala queda conformada por 48 ítems luego de eliminar los dos ítems mencionados.

En cuanto al análisis de ítems del subtest denominado comprensión auditiva el cual mide la capacidad para comprender el mensaje oral, respecto al primer grupo de ítems que se denominan identificación de partes del cuerpo, los resultados muestran que los valores de la correlación ítem-test corregida oscilan entre 0.35 y 0.91, lo cual indica que todos los ítems deben permanecer en el subtest, por lo tanto, se puede señalar que los ítems están relacionados entre sí. En cuanto al subtest denominado discriminación de palabras, se puede apreciar que los valores de la correlación ítem-test corregida oscilan entre 0.55 y 0.94, esto indica que la totalidad de los ítems deben

permanecer en el subtest. De igual manera, se puede observar que el subtest logra un coeficiente alfa de Cronbach de 0.99, lo cual permite indicar que el subtest de discriminación de palabras es altamente confiable.

Respecto a los resultados del análisis de ítemes del subtest denominado órdenes se puede observar que los valores de la correlación ítem-test corregida oscilan entre 0.32 y 0.91, lo cual indica que la totalidad de los ítemes deben permanecer en el subtest ya que sus coeficientes son mayores al criterio empírico solicitado de 0.20. De igual manera, se puede observar que el subtest logra un coeficiente alfa 0.87, resultado que permite señalar que el sub-test Órdenes es confiable.

En relación al análisis de ítemes del subtest denominado material ideativo complejo se puede observar que los valores de la correlación ítem-test corregida oscilan entre 0.54 y 0.86, lo cual indica que la totalidad de los ítemes deben permanecer en el subtest. De igual manera, se puede apreciar que se logra un coeficiente alfa de Cronbach de 0.95, lo cual permite indicar que el subtest de material ideativo complejo es altamente confiable (2006: 52-109).

### 3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El presente estudio se ejecuta a partir de los siguientes pasos:

- Elaboración del plan de tesis.
- Solicitud al Centro Hospitalario de Lima para obtener el permiso de la aplicación del Test de Boston Adaptado en pacientes del centro.
- Permiso del Centro Hospitalario de Lima para la aplicación del test de Boston.
- Contacto con la muestra de estudio.

- Consentimiento informado a los pacientes y/o familiares para firmar y grabar la evaluación.
- Desarrollo del marco teórico.
- Revisión del instrumento de recolección de datos.
- Cronograma para la aplicación del instrumento.
- Administración del instrumento.
- Preparación de la base de datos.
- Asesorías de contenido y metodología.
- Recolección de la información obtenida con el Test de Boston, en función de los objetivos del trabajo empleando las siguientes técnicas estadísticas: media, desviación estándar y porcentajes.
- Análisis de los datos según los objetivos del estudio.
- Informe final.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

### 4.1 Presentación de resultados

Tabla 1

Porcentajes de aciertos por subescalas

<b>Subescalas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Discriminación de palabras</b>	59.73%
<b>Partes del cuerpo</b>	56.27%
<b>Ordenes</b>	20%
<b>Material ideativo complejo</b>	44.79%

En la tabla se puede apreciar el desempeño global de los pacientes evaluados según las subescalas. Se puede ver que la subescalas órdenes presenta el menor desempeño en relación a las otras. En esta subescala las instrucciones están compuestas por variadas categorías léxicas como son sustantivos, verbos, preposiciones, adverbios, lo cual hace compleja la ejecución de las misma. Además los pacientes presentan

dificultades para seguir el orden secuencial de la tarea. En cuanto a las subescalas discriminación de palabras, partes del cuerpo se encuentran ligeramente por encima del 50% de desempeño; en tanto que en la subescala material ideativo complejo los pacientes logran puntuaciones ligeramente por debajo del 50% de desempeño.

Tabla 2

Porcentaje de aciertos por subtipos de afasia fluente

Subescala	Afasia Anómica (3 pacientes)	Afasia Transcortical sensorial (4 pacientes)	Afasia de Wernicke (1 paciente)
<b>Discriminación de palabras</b>	85.48%	44.64%	42.86%
<b>Partes del cuerpo</b>	76.92%	49.04%	23.08%
<b>Órdenes</b>	40%	10%	0%
<b>Material ideativo Complejo</b>	62.5%	31.25%	33.33%
<b>Total de logro de desempeño</b>	77.5%	41.6%	35.2%

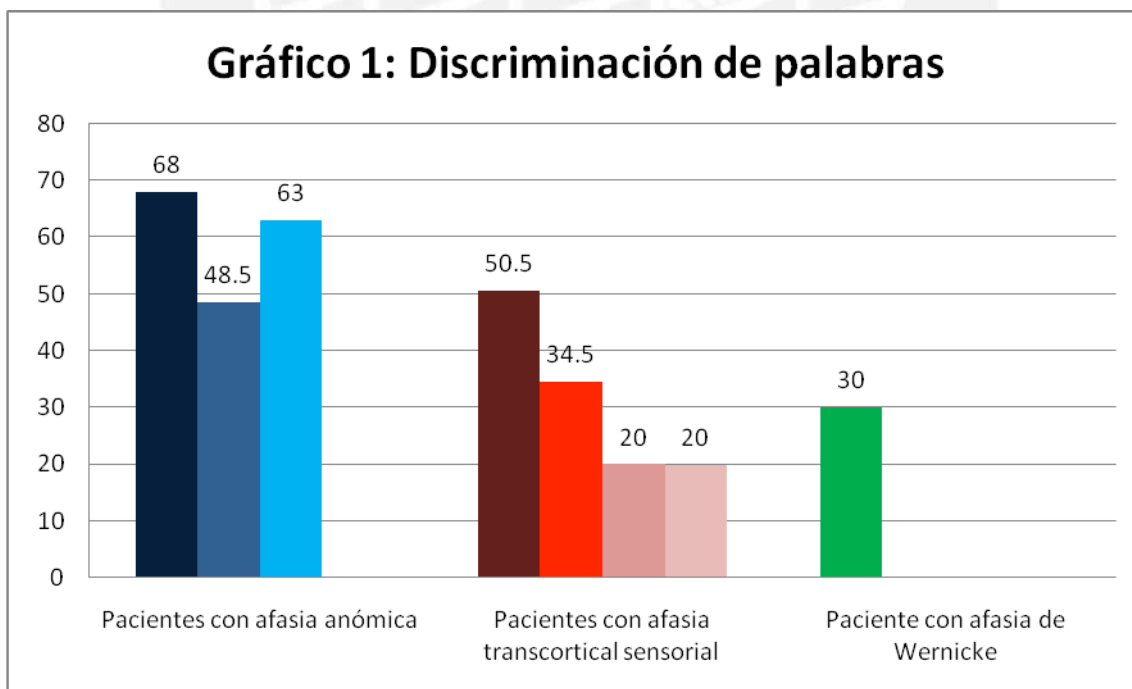
En la tabla se observa que los pacientes incluidos en el subtipo de afasia anómica presentan un desempeño porcentual de 77.5% que está por encima del 50% de rendimiento en relación al puntaje máximo teórico de la suma de los cuatro subtest considerados en la investigación. Por otro lado, el paciente con afasia de Wernicke presenta el menor porcentaje de desempeño con 35.2% en relación al puntaje máximo teórico de la suma de los cuatro subtests. Podemos destacar que los tres tipos de afasia fluente logran un rendimiento por debajo del 50% en la subescala órdenes.

Tabla 3

Discriminación de palabras

	<b>Discriminación de palabras</b>
<b>Promedio</b>	41.81
<b>Mediana</b>	41.5
<b>Desviación estándar</b>	18.51
<b>Puntaje máximo observado</b>	68
<b>Puntaje mínimo observado</b>	20
<b>Puntaje máximo teórico</b>	70

Se observa en la tabla 3 que en la subescala discriminación de palabras el puntaje máximo teórico es de 70 y los pacientes afásicos fluentes logran un puntaje promedio de 41.81, vale decir, que su rendimiento como grupo ocupa más del 50% de la posibilidad teórica. Por otro lado, el 50% del grupo examinado tiene puntuaciones que van de 41.5 hasta 68, en tanto que el otro 50% tiene puntuaciones de 41.5 a 20.





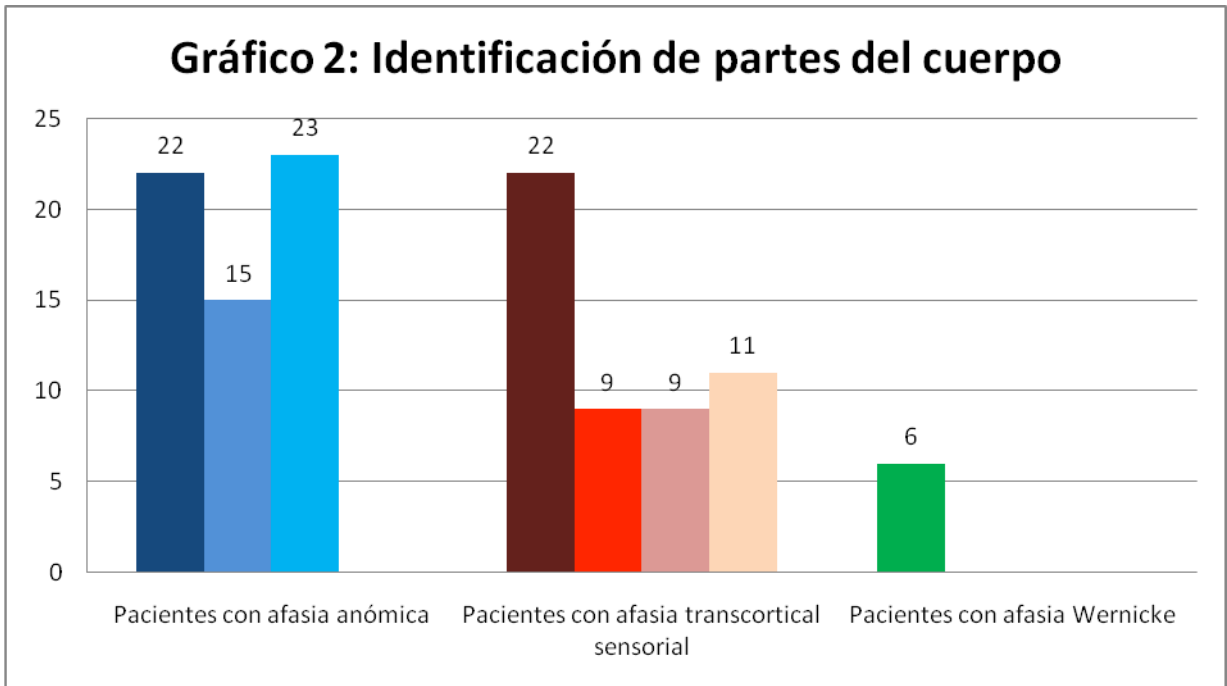
En el gráfico se observa la puntuación grupal desglosada en resultados individuales agrupados por subtipos de afasia fluente. Se puede apreciar que el mejor desempeño en cuanto a discriminación de palabras es de los pacientes con afasia anómica. Los pacientes con afasia transcortical sensorial ejecutan esta tarea obteniendo en el caso de dos de ellos los más bajos puntajes.

Tabla 4

Identificación de partes del cuerpo

	<b>Identificación de partes del cuerpo</b>
<b>Promedio</b>	14.63
<b>Mediana</b>	13
<b>Desviación estándar</b>	6.86
<b>Puntaje máximo observado</b>	23
<b>Puntaje mínimo observado</b>	6
<b>Puntaje máximo teórico</b>	26

En esta tabla se observa el máximo puntaje teórico con una puntuación de 26, y el grupo de pacientes afásicos fluentes logra una puntuación promedio de 14.63, lo cual significa que el rendimiento como grupo ocupa más del 50% de la posibilidad teórica. Asimismo el 50% del grupo examinado tiene una puntuación que de 13 a 23 y el otro 50% una puntuación de 6 a 13.

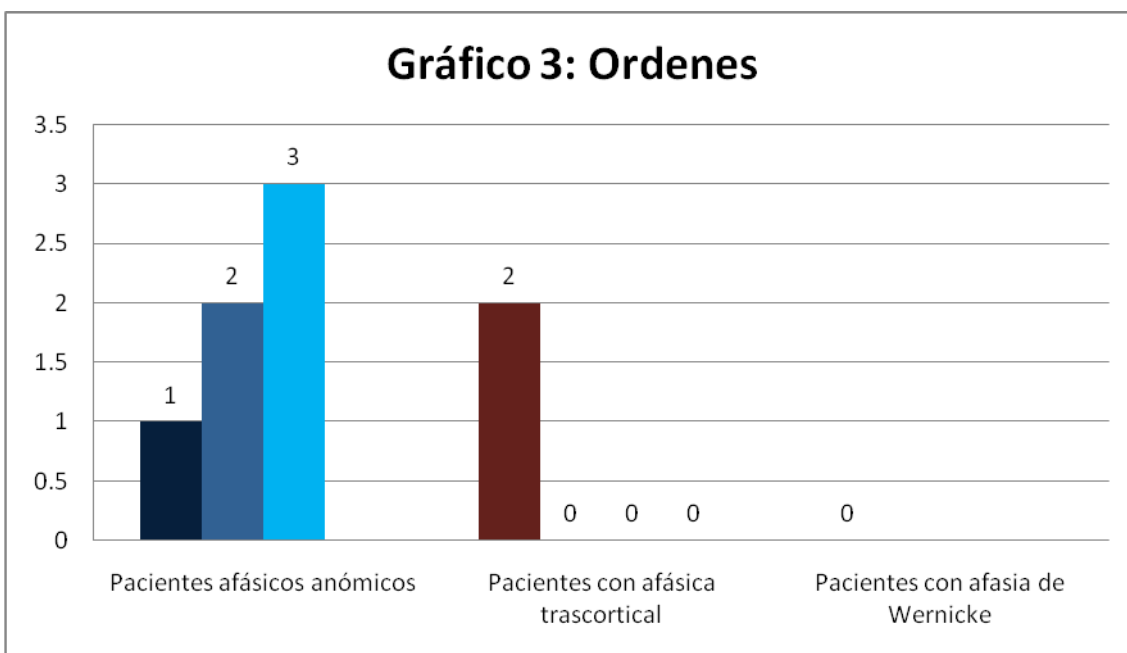


Aquí se puede apreciar que los pacientes con afasia anómica evidencian un mejor desempeño en comparación a los pacientes con afasia transcortical sensorial en especial en comparación con el paciente con afasia de Wernicke quien logra uno de los más bajos puntajes en la identificación de las partes de su cuerpo.

Tabla 5  
Órdenes

	Órdenes
<b>Promedio</b>	1
<b>Mediana</b>	0.5
<b>Desviación estándar</b>	1.195
<b>Puntaje máximo observado</b>	3
<b>Puntaje mínimo observado</b>	0
<b>Puntaje máximo teórico</b>	5

En esta tabla se observa que el puntaje teórico máximo de los pacientes afásicos logran una puntuación promedio de 1, es decir que el rendimiento como grupo ocupa el 20% de la posibilidad teórica. Por otro lado, el 50% del grupo examinado tiene puntuaciones que van de 0.5 a 3 y el otro 50% tiene puntuaciones de 0.5 a 0.



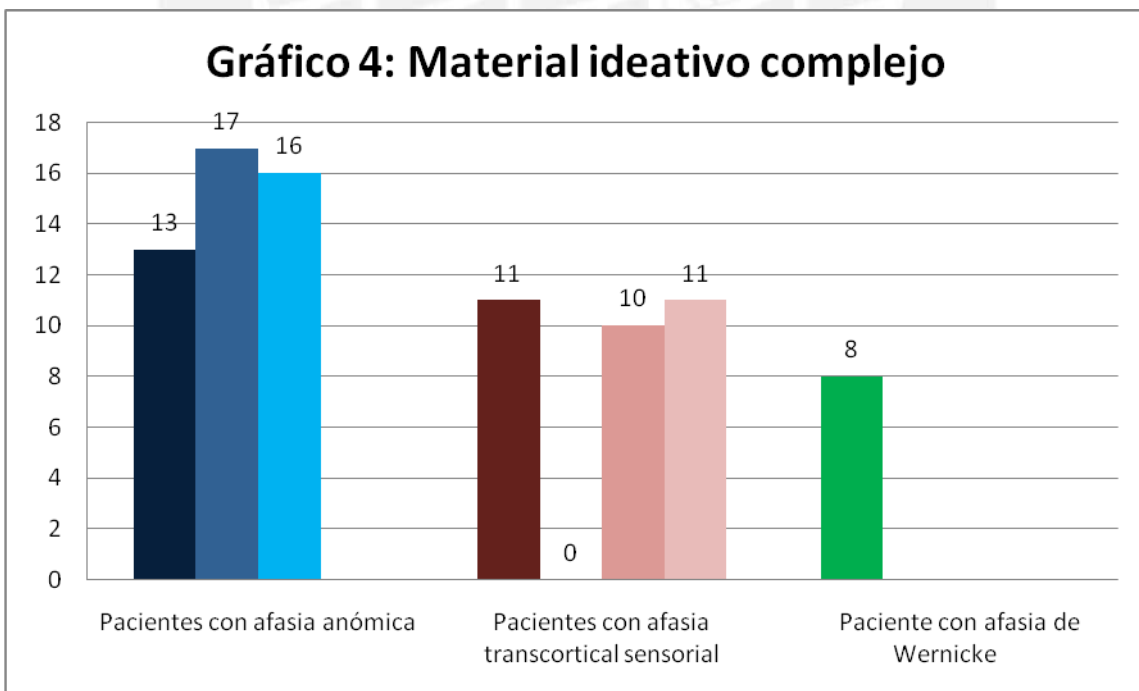
En este gráfico se aprecian las serias dificultades que presenta el paciente con afasia de Wernicke para ejecutar órdenes simples y complejas. Además se observa un mejor desempeño de los pacientes con afasia anómica.

Tabla 6

Material ideativo complejo

	Material ideativo complejo
<b>Promedio</b>	10.75
<b>Media</b>	11
<b>Desviación estándar</b>	5.28
<b>Puntaje máximo observado</b>	17
<b>Puntaje mínimo observado</b>	0
<b>Puntaje teórico</b>	24

En esta tabla 6 que el puntaje teórico máximo es de 24. El desempeño de los pacientes afásicos fluentes es de una puntuación de 10.75, es decir que su rendimiento como grupo se encuentra por debajo del promedio de su posibilidad teórica. Por otro lado, el 50% del grupo examinado presenta puntuaciones que van de 11 hasta 17, en tanto que el otro 50% van de 11 a 0.



Aquí se puede apreciar que los pacientes con afasia anómica evidencian un mejor desempeño en comparación a los pacientes con afasia transcortical sensorial y en especial en comparación con el paciente con afasia de Wernicke. También se puede observar que un paciente del grupo de afasia transcortical ha obtenido el puntaje más bajo, lo cual coincide con un pobre apoyo familiar.

#### 4.2 Discusión de resultados

El presente trabajo nos permite corroborar el desempeño de los pacientes afásicos fluentes en relación a la comprensión auditiva. La descripción que se realiza de los resultados alcanzados en la tarea de discriminación de palabras, en la identificación de partes de su cuerpo, en la capacidad para procesar información auditiva mediante órdenes, así como la capacidad de realizar inferencias, revelan que existen diferencias en cuanto al desempeño según los grupos de pacientes afásicos fluentes.

Al analizar los resultados apreciamos que los subtipos de afasia fluente, Wernicke y transcortical sensorial, presentan anomalías en la comprensión del lenguaje hablado, mientras que los pacientes con afasia fluente anómica muestran una comprensión en el lenguaje hablado que va de normal a deficiente leve tal como lo refiere Perea-Bartolome (2001: 486). Asimismo, Helm-Estabrooks y Albert mencionan que entre los subtipos de afasia fluente existen diferencias en la gravedad de los síntomas, es así que la afasia de Wernicke y la afasia transcortical sensorial presentan escasa comprensión auditiva y la afasia fluente anómica buena comprensión auditiva (1994: 41). Los resultados que hemos obtenido corroboran la posición de Perea-Bartolome en cuanto a las características de la afasia anómica ya que al evaluar a los tres pacientes que pertenecen a este subtipo encontramos que su porcentaje de

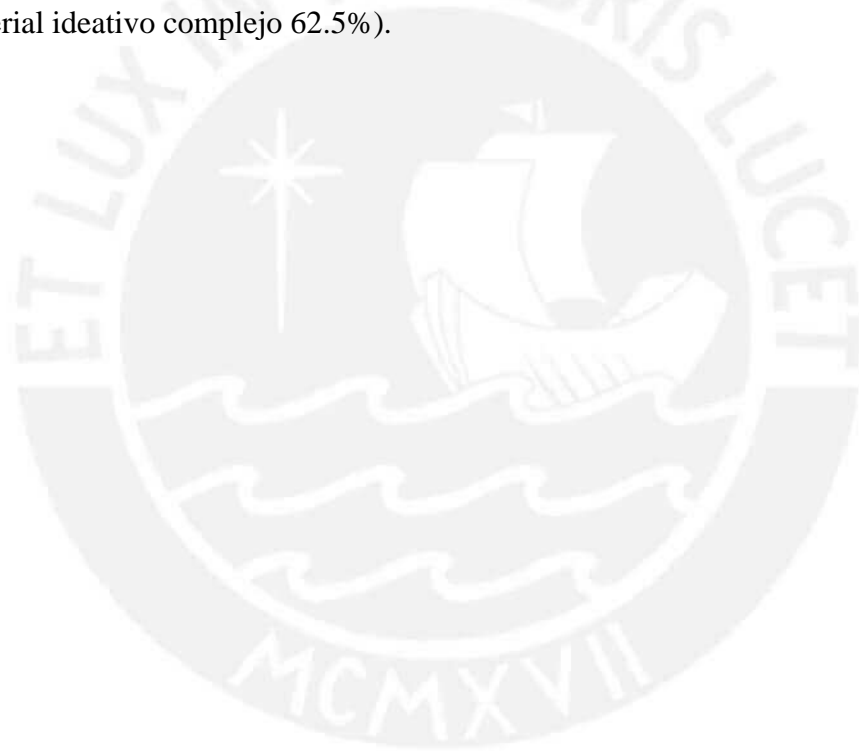
desempeño se encuentran desde el 40% al 85% que equivaldría a una comprensión de lenguaje hablado de normal a deficiente leve (subescala de órdenes). Asimismo, en cuanto a las características que los autores mencionados describen respecto a la afasia transcortical sensorial y la afasia de Wernicke, estos coinciden con los resultados de los cinco pacientes que comprenden estos diagnósticos.

Por otro lado, los resultados obtenidos con los pacientes afásicos fluentes confirman lo referido por Valle, Cuetos, Igoa y Del Viso quienes describen los procesos lingüísticos de la comprensión y a partir de ello se puede explicar la presencia, en los evaluados, de dificultades para encontrar en su lexicón mental el concepto solicitado en la evaluación, ya que según la gravedad del tipo de afasia los pacientes recuerdan algunas características de la pieza léxica tal como se observa en el bajo rendimiento en las subescalas de discriminación de palabras y partes del cuerpo, en especial en los pacientes con afasia de Wernicke y transcortical sensorial (1990: 75). Asimismo, el bajo rendimiento de todos los pacientes en la subescala órdenes y material ideativo complejo (solo en afásicos transcortical sensorial y Wernicke) se deberían a sus dificultades para establecer relaciones estructurales entre las palabras, por lo tanto los pacientes con afasia fluente difícilmente han integrado la información en su memoria ya que este es el último paso para el proceso de la comprensión.

Si se analiza el desarrollo semántico y se compara con los resultados alcanzados en los pacientes, según el subtipo, se evidencia que el paciente con afasia fluente de Wernicke se encontraría en la etapa de símbolos léxicos ya que presenta dificultades para retener y evocar conceptos de su entorno inmediato tal y como se verifica en las subescalas de discriminación de palabras (42.86%) y partes del cuerpo (23.08%). Asimismo, los puntajes de los pacientes con afasia transcortical sensorial evidencian un

mejor desempeño para reconocer sustantivos y verbos, sin embargo, se encuentra en proceso la adquisición de adverbios de tiempo, cantidad y ubicación propios de la etapa semántica de la palabra (discriminación de palabras 44.64%, partes del cuerpo 49.04%, órdenes 10% y material ideativo complejo 31.25%).

Finalmente los resultados alcanzados en los pacientes con afasia anómica se encuentran en la etapa de 30 a 36 meses de edad caracterizada por el manejo de verbos de acción y algunas palabras gramaticales como la presencia de objetos y sucesos en el tiempo, espacio (discriminación de palabras 85.48%, partes del cuerpo 76.92%, órdenes 40%, material ideativo complejo 62.5%).



## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1.- Conclusiones

- Los pacientes que presentan afasia fluente sí presentan dificultades de comprensión auditiva, sin embargo la gravedad de sus síntomas varía de acuerdo a los subtipos (afasia anómica, afasia transcortical sensorial y afasia de Wernicke).
- En los pacientes con afasia anómica se observa un desempeño sobre el 50% del rendimiento en tareas de reconocimiento de sustantivos y verbos, así como la ejecución de inferencias.
- Los pacientes con afasia sensorial transcortical y el paciente con afasia de Wernicke presentan un desempeño por debajo del 50% del rendimiento en tareas de reconocimiento de sustantivos y verbos y en la ejecución de inferencias.
- Los tres subtipos de afásicos fluentes presentan un desempeño por debajo del 50% del rendimiento en tareas que implican órdenes simples y complejas. Es



importante indicar que los pacientes anómicos tuvieron mejores puntuaciones debido al mejor manejo de relaciones semánticas entre las palabras (sustantivos, verbos y algunos adverbios) que contribuyen al significado total del enunciado.

- Teniendo en cuenta la etapa evolutiva semántica en la que se encuentran los pacientes con afasia fluente, esta se tomaría como referencia para iniciar el proceso de rehabilitación.

## 5.2.- Recomendaciones

- Tomar en cuenta para futuras investigaciones un mayor número de pacientes con la finalidad de generalizar los resultados a una población más amplia.
- Iniciar el proceso de intervención de acuerdo a la etapa evolutiva semántica en la que se encuentra cada paciente, según el subtipo de afasia tal y como lo proponemos en el siguiente cuadro. Véase el siguiente cuadro que sintetiza los aspectos y contenido a tratar en el paciente afásico fluente.

Cuadro 9

Sugerencias para el tratamiento en pacientes afásicos fluentes, por subtipos, en función a los resultados obtenidos

	<b>Aspectos</b>	<b>Contenidos</b>
<b>Afasia anómica</b>	Asociación verbal	Descripciones Categorías Comparaciones: semejanzas y diferencias
	Comprensión verbal	Seguimiento de instrucciones simples/complejas. Comprensión de enunciados.
<b>Afasia transcortical sensorial</b>	Vocabulario	Denominación Reconocimiento
	Asociación verbal	Descripciones Categorías Comparaciones: semejanzas y diferencias
<b>Afasia de Wernicke</b>	Vocabulario	Denominación Reconocimiento

Elaboración propia, 2013

Es importante considerar que la elección de los elementos gramaticales sustantivos y verbos, sean seleccionados tomando en cuenta los recursos propios del paciente como son: grado de instrucción y ocupación; además del apoyo familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, Víctor y Ana MORENO

2001 *Dificultades del lenguaje en ambientes educativos. Del retraso al trastorno específico del lenguaje*. Primera edición. Barcelona: Masson

AGUADO, Gerardo

1999 *Trastorno específico de lenguaje. Retraso de lenguaje y disfasia*. Primera edición. Málaga: Aljibe.

ALARCÓN, Reynaldo

2008 *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: Universidad Ricardo Palma.

ARDILA, Alfredo

2006 *Las Afasias*. Dos volúmenes. Florida: Department of Communication Sciences and Disorders, Florida International University. Consulta: 15 noviembre 2013.  
[http://medinapsicologia.ugr.es/moodle/file.php/7/Documentos/Libros/Ardila\\_2006\\_-Las\\_Afasias.pdf](http://medinapsicologia.ugr.es/moodle/file.php/7/Documentos/Libros/Ardila_2006_-Las_Afasias.pdf)

BERTHIER, Marcelo, Natalia, GARCÍA CASARES y Guadalupe DÁVILA

2011 *Afasias y trastornos del habla*. Medicine, volumen 10, número 74, pp 5035-41. Consulta: 22 de enero 2014  
[https://www.academia.edu/28172644/Afasias\\_y\\_trastornos\\_del\\_habla](https://www.academia.edu/28172644/Afasias_y_trastornos_del_habla)

CABREJOS, Mariela, Daisy CASTILLÓN y Karín NÚÑEZ

2012 *Características sintácticas en pacientes afásicos no fluentes de un Centro Hospitalario del Callao*. Tesis para optar el grado de Magister en Fonoaudiología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Educación.

CÓRDOVA, Patricia, Rossina COTO y Marlene RAMIREZ

2005 *La comprensión auditiva: definición, importancia, características, procesos, materiales y actividades*. Actualidades Investigativas en Educación. Costa Rica, volumen 5, número 1, pp 2-3. Consulta: 14 de noviembre 2013  
<http://www.redalyc.org/pdf/447/44750107.pdf>

HERNÁNDEZ, Janet, Angélica AVENDAÑO y Juliana ROJAS

2012 *Efecto de la frecuencia léxica y silábica en afasia anómica*. Revista Ciencias de la Salud. Bogotá, volumen 10, número 3, pp. 337-346. Consulta: 14 de noviembre 2013  
<http://www.redalyc.org/html/562/56224932004/>

HELM-ESTABROOKS, Nancy y MARTIN Albert

1994 *Manual de terapia de la afasia*. Madrid: Médica Panamericana

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN (INR)

2012 *Reporte de consultas médicas especializadas del INR*. Lima. Consulta: 15 de octubre 2013.

MANNING, Lilianne

1992 *Introducción a la Neuropsicología clásica y cognitiva del lenguaje*. Teoría, evaluación y rehabilitación de la afasia. Madrid: Trotta

MARTINEZ, Eugenio

1998            *Lingüística: Teoría y aplicaciones*. Barcelona: Masson.

MAVIS, Ilknur

2005            *Language characteristics of fluent aphasic patients in Turkish*. *Journal of Multilingual Communication Disorders*, volumen 3, número 2, pp. 75–89. Consulta: 5 de febrero 2014

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14769670500065950>

MAYCO, Jeniffer, Roxana URIOL y Gladys ZAPATA

2010            *Análisis y Descripción del Componente Léxico en Pacientes con Afasias Atípicas*. Tesis para optar el grado de Magister en Fonoaudiología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Educación.

OWENS Robert

2003            *Desarrollo del lenguaje*. Quinta edición. Madrid: Pearson.

PEREA-BARTOLOME, María Victoria

2001            *Clasificación del síndrome afásico*. *Revista de Neurología*. Salamanca, volumen 32, número 5, pp. 483-488. Consulta: 30 octubre 2013

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/clasificacion\\_del\\_sindrome\\_afasico.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/clasificacion_del_sindrome_afasico.pdf)

PUYUELO, Miguel y Jean-Adolphe, RONDAL

2003            *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto*. Barcelona: Masson

RADO, Julia

2006            *Adaptación del Test de Boston a la población afásica que acude al INR*.

Tesis para la obtención del grado de magíster en Trastornos de la

Comunicación Humana. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú,  
Facultad de Educación.

VALLE, Francisco, Fernando CUETOS, José IGOA y Susana Del Viso

1990 *Lecturas de Psicolingüística. Comprensión y producción del lenguaje.*  
Madrid: Alianza

VENDRELL, Josep

2001 *Las afasias: semiología y tipos clínicos.* Revista de Neurología.  
Barcelona, volumen 32, número 10, pp. 983-984. Consulta: 30 de octubre  
2013.  
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38661689/afasia\\_semiologia\\_y\\_tipos\\_clinicos.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1510449082&Signature=apYcH%2BG69%2BP0VRwk534lcSCnQGU%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLas\\_afasias\\_semiologia\\_y\\_tipos\\_clinicos.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38661689/afasia_semiologia_y_tipos_clinicos.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1510449082&Signature=apYcH%2BG69%2BP0VRwk534lcSCnQGU%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLas_afasias_semiologia_y_tipos_clinicos.pdf)

VILLODRE Raúl y Amparo MORANT

2006 *Intervención multidisciplinar en afasias.* Lingüística clínica y  
neuropsicología cognitiva. Valencia, volumen 1. Consulta: 5 febrero  
2014.  
[https://www.uv.es/perla/1\[15\].VillodreyMorant.pdf](https://www.uv.es/perla/1[15].VillodreyMorant.pdf)



ANEXO 1

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito del presente documento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

1.- Título: Comprensión auditiva en pacientes afásicos fluentes que acuden a un Centro Hospitalario de Chorrillos.

2.- Equipo de investigadores: Consuelo Marina García Meza, Angélica María Sing Oré. Alumnas de la Maestría en Fonoaudiología. Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje – CPAL. Pontificia Universidad Católica del Perú.

3.- Propósito: el presente trabajo contribuirá a la descripción del componente auditivo en pacientes afásicos fluentes de nuestro entorno lo cual aportará al conocimiento que se tiene hasta el momento sobre estos pacientes ya que los estudios realizados hasta el momento son del ámbito internacional, por lo tanto aún no se conoce si lo planteado en el teoría en relación a la comprensión auditiva se aplicaría a los pacientes afásicos peruanos. Además, los resultados de la presente investigación permitirán un mejor trabajo de rehabilitación, esto es, que ayudará a la planificación de actividades y estrategias centradas en las deficiencias que se enfatizan en la investigación. El trabajo que se realice con los pacientes afásicos priorizará las áreas que presenten mayor déficit, por lo tanto, el trabajo con estos pacientes se realizará de manera más eficaz.

4.- Participación: se prevé la participación de ocho pacientes diagnosticados con afasia fluente. La evaluación se realizará a través de preguntas, la respuesta del paciente será de manera verbal y la duración estimada para la evaluación será de aproximadamente de una hora.

5.- Procedimientos: la evaluación se centrará principalmente en las respuestas verbales del paciente. La evaluadora se encargará de la ejecución la evaluación guardando el rigor respectivo. Se establecerá el contacto con el paciente teniendo en consideración un adecuado vínculo con el mismo.

6.- Beneficios: los resultados beneficiarán al mejor conocimiento de las características de los síntomas del paciente, esto contribuirá al proceso de rehabilitación del mismo.

7.- La información recolectada será tratada de manera confidencial, los datos solo serán utilizados para los propósitos de la investigación. La participación en el presente estudio es voluntaria

8.- Si tiene alguna duda sobre la investigación puede realizar sus preguntas en cualquier momento durante la participación en ella. Igualmente puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto lo perjudique en ninguna forma.

Acepto participar en esta investigación realizada por Consuelo Marina García Meza y Angélica María Sing Oré. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es la descripción del componente auditivo en pacientes afásicos fluentes.

Me han indicado que tendré que responder a las preguntas realizadas por una evaluadora de manera verbal.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro fin fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. En caso de tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con Consuelo García: 987709962 y Angélica Sing: 995130565

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





ANEXO 2

**TEST DE BOSTON PARA EL DIAGNOSTICO DE LA AFASIA  
EN LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL  
INSTITUTO ESPECIALIZADO DE REHABILITACIÓN  
“ADRIANA REBAZA FLORES”**

Caso n° : ..... Fecha : .....

Nombres y Apellidos del paciente: .....

Dirección : .....

Fecha de nacimiento : ..... Edad : ..... Lugar de nacimiento : .....

Nivel de Estudios : .....

¿A qué edad finalizó sus estudios? .....

Antecedentes ocupacionales y profesión : .....

Idiomas : Sólo español ( ) Bilingüe ( )

Historia de mano dominante : .....

Etiología : .....

Duración de la enfermedad actual : .....

Localización de la lesión : .....

Hemiplejía: Derecha ( ) Izquierda ( ) Recuperada ( ) Ausente ( )

Hemianopsia: Derecha ( ) Izquierda ( ) Recuperada ( ) Ausente ( )

Resultados de exámenes auxiliares:

TAC:

.....

.....

.....

.....

Otros : .....

.....

.....

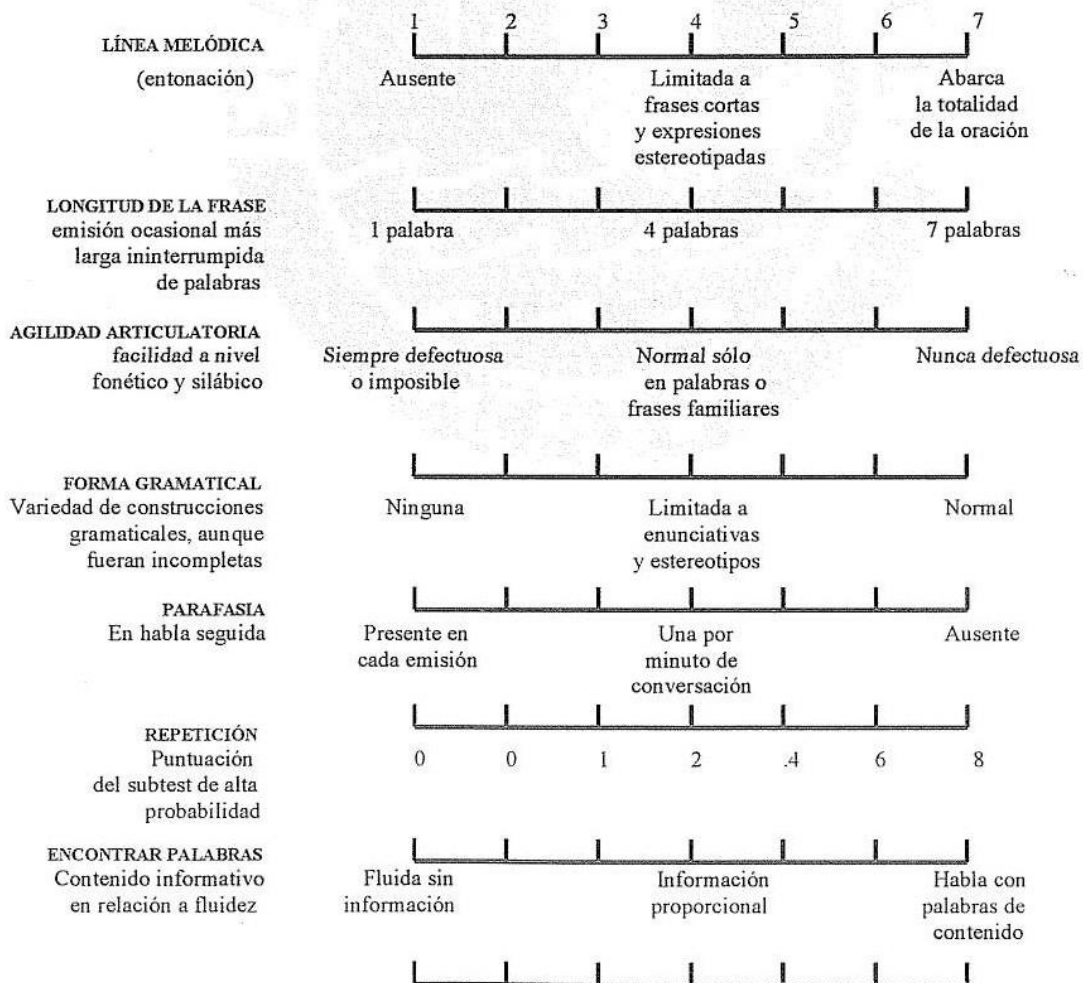
Realizó terapia del lenguaje: SÍ ( ) NO ( )

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación : \_\_\_\_\_  
 Evaluación efectuada por \_\_\_\_\_ :

### ESCALA DE SEVERIDAD

0. Ausencia de habla o comprensión auditiva.
1. La comunicación se efectúa totalmente a partir de exposiciones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es limitado y el peso de la conversación recae sobre el oyente.
2. El paciente puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracaso frecuente al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación con examinador.
3. El paciente puede referirse a prácticamente todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella. Sin embargo, la reducción del habla y/o la comprensión hacen sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas.
4. Hay alguna pérdida obvia de fluidez en el habla o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas a su forma de expresión.
5. Mínimos deterioros observables en el habla; el paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.

### PERFIL DE CARACTERÍSTICAS DEL HABLA



Media de percentiles en los subtests de comprensión auditiva	1	15	30	45	60	75	90
VOLUMEN :			Hipotónico	Normal		Elevado	(subrayar el término apropiado)
VOZ:			Susurrada	Ronca		Normal	
VELOCIDAD:			Lenta	Normal		Rápida	
OTROS COMENTARIOS:							

Test de Boston Adaptación Peruana – INR

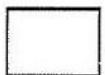
### HABLA DE CONVERSACIÓN Y EXPOSICIÓN / Hoja de respuestas

- a. Respuesta al saludo (Pregunta: “¿Cómo está usted hoy?”, o similar)
  
- b. Respuesta con “sí” o “no” (P. “¿Hacia mucho que no venía por aquí?”, “¿Trabaja usted actualmente?”, “¿Hace cuánto tiempo que no viene por aquí?”, “¿Duerme usted bien?”, etc).
  
- c. Respuesta utilizando “Creo que sí” o equivalente. (P. “¿Cree usted que su problema puede mejorar?”, “¿Cree que su problema ha mejorado?” ...)
  
- d. Respuesta utilizando “no sé” o equivalente. (P. “¿Cuándo va a terminar su tratamiento?” ...)
  
- e. Respuesta utilizando “así lo espero” o equivalente. (P. “Esperemos que pronto, ¿no cree?”)
  
- f. “¿Cuál es su nombre completo?”
  
- g. “¿Cuál es su dirección completa?” (Aceptar como correcta cualquier respuesta que incluye calle y número, o calle y ciudad).

## IDENTIFICACIÓN DE PARTES DEL CUERPO / Hoja de respuestas

IDENTIFICACIÓN DE PARTES DEL CUERPO				DISCRIMINACIÓN DERECHA - IZQUIERDA						
	Correcto		Fracaso 0		Correcto		Fracaso 0		Correcto	Fracaso
	<5"	>5"			<5"	>5"				
	1 punto	½ punto			1 punto	½ punto				
Oreja				Muñeca				Oreja derecha		
Nariz				Dedo pulgar				Hombro izquierdo		
Hombro				Muslo				Rodilla izquierda		
Rodilla				Barbilla				Tobillo derecho		
Párpado				Codo				Muñeca derecha		
Tobillo				Labio				Pulgar izquierdo		
Pecho				Ceja				Codo derecho		
Cuello				Mejilla				Mejilla izquierda		
Dedo medio				Dedo índice				8 correctos 6-7 correctos	2 puntos 1 punto	

P.D.



## DISCRIMINACIÓN DE PALABRAS / Hoja de respuestas

Tarjeta 2	IDENTIFICACIÓN		CATE- GORÍA ½ punto	CLA- VE ½ punto	FRA- CASO 0	Tarjeta 3	IDENTIFICACIÓN		CATE- GORÍA ½ punto	CLA- VE ½ punto	FRA- CASO 0
	Menos de 5 “ 2 puntos	Más de 5” 1 punto					Menos de 5 “ 2 puntos	Más de 5” 1 punto			
<b>OBJETOS:</b>						<b>ACCIONES</b>					
Silla						Fumando					
Llave						Bebiendo					
Guante						Corriendo					
Pluma						Durmiendo					
Hamaca						Cayendo					
						Goteando					
<b>LETRAS:</b>						<b>COLORES:</b>					
L						Azul					
H						Marrón					
R						Rojo					
T						Rosado					
S						Plomo					
G						Morado					
<b>FORMAS:</b>						<b>NÚMEROS:</b>					
Círculo						7					
Espiral						42					
Cuadrado						700					
Triángulo						1956					
Cono						15					
Estrella						7000					

P.D.

## 2.C. ÓRDENES

### INSTRUCCIONES

Haga que el paciente lleve a cabo las siguientes órdenes.

### FORMA DE PUNTUAR

Se le da un punto por cada elemento subrayado que haga correctamente. Si el paciente lo pide, puede repetirse la orden, pero siempre dándola como un todo, no por partes.

### ÍTEMS

1. Cierre la *mano*
2. Señale el techo, luego, el suelo.  
(Después de alinear un lápiz, un llavero y una tarjeta, en este orden, delante del sujeto, déle las órdenes siguientes).
3. Ponga el lápiz sobre la tarjeta, después póngalo donde estaba antes.
4. Ponga el llavero al otro lado del lápiz y dé la vuelta a la tarjeta.
5. Dése dos golpecitos en cada hombro con dos dedos y con los ojos cerrados.

## 2.D. MATERIAL IDEATIVO COMPLEJO

### INSTRUCCIONES

“Ahora voy a hacerle unas preguntas. Usted sólo tiene que contestar “sí” o “no”.” (Se permite una repetición.)

Nota.- Para ajustarse al orden de presentación sugerido en el capítulo 4 de esta 2.<sup>3</sup> edición, basta formular primero todas las preguntas “a” luego las “b” correspondientes a cada parte de este subset.

### FORMA DE PUNTUAR

- 1 punto si contesta bien las dos preguntas que componen el ítem.
- 0 puntos si sólo contesta una de las dos o ninguna.

### ÍTEMS

- |    |    |   |   |
|----|----|---|---|
| 1. | a. | ¿Se hunde una tabla en el agua?                               | N |
|    | b. | ¿Se hunde una piedra en el agua?                              | S |
| 2. | a. | ¿Sirve el martillo para cortar madera?                        | N |
|    | b. | ¿Sirve un martillo para clavar clavos?                        | S |
| 3. | a. | ¿Se pesan más dos kilos de harina que uno?                    | S |
|    | b. | ¿Pesa un kilo de harina más que dos?                          | N |
| 4. | a. | ¿Pasa el agua a través de un buen par de botas de jebe?       | N |
|    | b. | ¿Sirve un buen par de botas de jebe para no mojarse los pies? | S |

*“Voy a leerle una historia corta y después le haré algunas preguntas sobre ella. ¿Está usted preparado?”.* (Lea a velocidad normal).

El señor Pérez tenía que ir a Huaraz. Decidió coger el tren. Su esposa le llevó en el carro a la estación, pero en el camino se les reventó la llanta. Sin embargo, llegaron a la estación justo a tiempo para que él cogiera el tren.

- |    |    |   |   |
|----|----|---|---|
| 5. | a. | ¿Perdió el tren el señor Pérez?               | N |
|    | b. | ¿Llegó el señor Pérez a tiempo a la estación? | S |
| 6. | a. | ¿Iba a Huaraz el señor Pérez?                 | S |
|    | b. | ¿Venía de Huaraz el señor Pérez?              | N |

*“Voy a leerle otra historia. ¿Está preparado?”.*

Una señora entra en una zapatería y le dice al vendedor “Buenas tardes, venía a comprarme unos zapatos”. El empezó a sacarle modelos, y la señora se los probaba. Al cabo de un buen rato, la señora, por fin, se decidió y dijo: “Lo que yo quiero son unos zapatos de cocodrilo”. El vendedor, ya desesperado, le



contestó: “Pero señora, ¿no sabe usted que los cocodrilos no llevan zapatos?”.

- |    |    |  |   |
|----|----|--|---|
| 7. | a. | ¿Le costó mucho tiempo decidirse a la señora?                                      | S |
|    | b. | Cuando la señora entró en la zapatería,<br>¿Sabía el modelo de zapatos que quería? | N |
| 8. | a. | ¿Compró la señora los zapatos que le gustaban?                                     | N |
|    | b. | ¿Se quedó la señora sin sus zapatos de cocodrilo?                                  | S |

“Ahora voy a leerle otra. ¿Esta listo?”.

Se encontraron por la calle dos amigos. Uno era arequipeño y el otro era un cusqueño que estaba muy apenado. Le preguntó el arequipeño: “¿Qué te pasa, hombre?”, y el cusqueño respondió: “Es que ando muy mal de dinero. Si pudieras prestarme algo...” El arequipeño sacó la billetera y le dio 50 soles pero el cusqueño, en vez de alegrarse, se echó a llorar. El arequipeño, extrañado, le pregunta: “¿Pero qué te pasa ahora?” A lo que el cusqueño responde: “Es que tengo la impresión de que no nos volveremos a ver”.

- |     |    |  |   |
|-----|----|--|---|
| 9.  | a. | ¿Se encontraba triste el cusqueño?   | S |
|     | b. | ¿Estaba contento el cusqueño?  | N |
| 10. | a. | Cuando el arequipeño dio el dinero a su amigo,<br>¿se puso éste contento?  | N |
|     | b. | ¿Cuándo el arequipeño dio el dinero a su amigo,<br>¿se puso éste a llorar? | S |

“Le voy a leer otra. Escuche con atención.”

Los cachorros de león nacen ya con un profundo instinto para la caza. En sus juegos se persiguen y se lanzan unos sobre otros como si estuvieran luchando. A lo largo del primer año de su vida, estos juegos llegan a convertirse en una técnica eficaz para cazar y dar muerte a sus presas. Esta habilidad se adquiere después de mucha práctica y de la imitación de los leones mayores.

- |     |    |  |   |
|-----|----|--|---|
| 11. | a. | ¿Nos dice esta historia cómo se cazan los leones?  | N |
|     | b. | ¿Nos dice esta historia cómo aprenden los leones a cazar?                                    | S |
| 12. | a. | ¿Dice esta historia que los leones son hábiles cazadores desde que nacen?                    | N |
|     | b. | ¿Dice esta historia que los leones necesitan practicar antes de poder dar caza a sus presas? | S |

P.D.