

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



ADAPTACIÓN DE LA BATERÍA BEDSIDE DE LENGUAJE
PARA LA EVALUACIÓN DE LA AFASIA

Tesis para optar el grado de Magíster en Fonoaudiología

Pamela Consuelo Quintana Vicente

Jair Emmanuel Gensollen Durand

Asesor: Dr. Jaime Aliaga Tovar

Jurado:

Alicia Castro Celis

Marcela Sandoval Palacios

Lima – Perú

2012

2.2.1.5	Clasificación.....	39
2.2.1.6	Evaluación del Lenguaje en la paciente afásico.....	52
2.3	Adaptación de los Test.....	58
2.3.1	Validez.....	59
2.3.2	Confiabilidad.....	61
2.3.3	Baremo.....	64
2.4	Definiciones.....	65
CAPÍTULO III METODOLOGÍA		
3.1	Enfoque de la Investigación.....	67
3.2	Tipo de Investigación.....	68
3.3	Diseño.....	68
3.4	Población.....	68
3.5	Tipo de muestreo.....	69
3.6	Instrumento.....	72
3.6.1	Ficha Técnica.....	72
3.6.2	Descripción del Instrumento.....	73
3.6.2.1	Origen de la prueba.....	75
3.6.2.2	Propósito de la Prueba.....	75
3.6.3	Confiabilidad y Validez.....	75
3.7	Variables.....	77
3.8	Procedimiento de recolección de datos.....	77
3.9	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	79

CAPÍTULO IV RESULTADOS

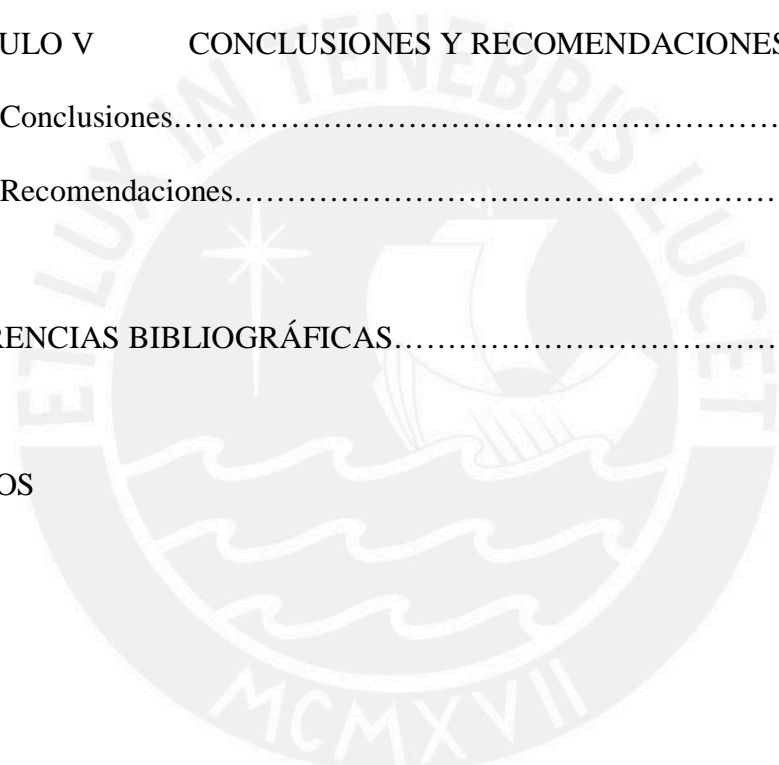
4.1	Análisis de los casos.....	80
4.2	Validez.....	83
4.3	Confiabilidad.....	91
4.4	Baremo.....	95
4.5	Discusión y análisis de datos.....	105

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones.....	108
5.2	Recomendaciones.....	109

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
---------------------------------	-----

ANEXOS

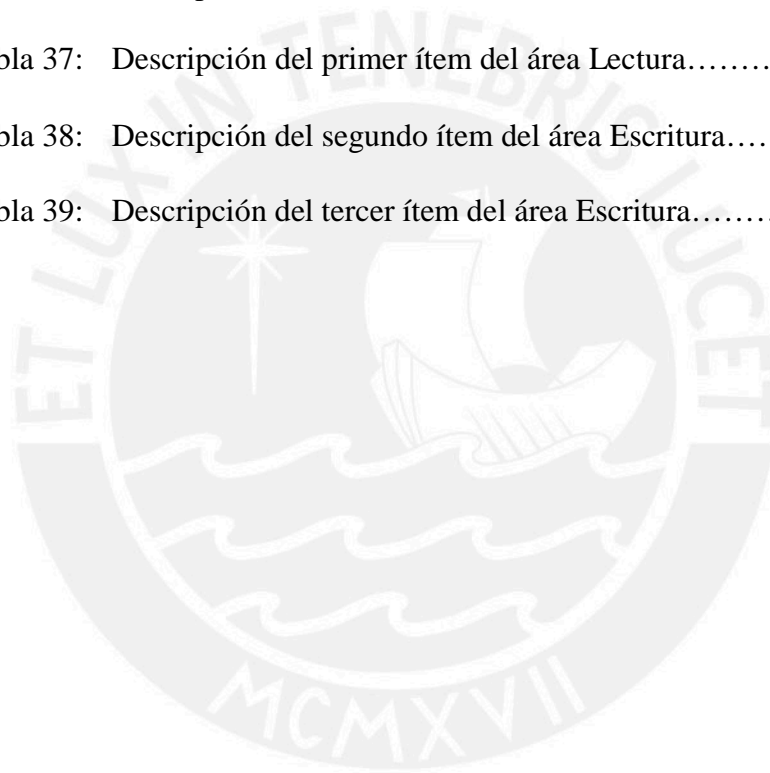


INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Páginas
• Figura 1: Características generales de la muestra.....	70
• Figura 2: Distribución de muestra según edad y sexo.....	71
• Figura 3: Distribución de muestra según hospitales.....	71
• Figura 4: En cuanto a la etiología.....	81
• Figura 5: En cuanto al sexo.....	82
• Figura 6: En cuanto al tipo de afasia.....	83
• Tabla 1: Clasificación de los trastornos afásicos (Benson y Ardila, 1996).....	40
• Tabla 2: Características de la afasia de Broca (Benson y Ardila, 1996).....	42
• Tabla 3: Características de la afasia de Conducción (Benson y Ardila, 1996).....	44
• Tabla 4: Características de la afasia de Wernicke (Benson y Ardila, 1996).....	46
• Tabla 5: Características de la afasia Extrasilviana Motora Tipo I (Benson y Ardila, 1996).....	48
• Tabla 6: Características de la afasia Extrasilviana Motora Tipo II (Benson y Ardila, 1996).....	49
• Tabla 7: Características de la afasia Extrasilviana Sensorial (Benson y Ardila, 1996).....	50
• Tabla 8: Características de la afasia Mixta (Benson y Ardila, 1996).....	52

• Tabla 9: Análisis de la validez de contenido por criterio de jueces.....	86
• Tabla 10: Análisis Ítem – Test	87
• Tabla 11: Análisis Ítem – Área Lenguaje Espontáneo Confiabilidad.....	88
• Tabla 12: Análisis Ítem – Área Comprensión	88
• Tabla 13: Análisis Ítem – Área Repetición.....	89
• Tabla 14: Análisis Ítem – Área Escritura.....	89
• Tabla 15: Análisis Ítem – Área Lectura.....	90
• Tabla 16: Análisis Área – Test.....	91
• Tabla 17: Distribución de los datos	92
• Tabla 18: Confiabilidad.....	92
• Tabla 19: Análisis de ítems por índice de discriminación.....	94
• Tabla 20: Baremos de la batería Bedside.....	95
• Tabla 21: Descripción del primer ítem del área Lenguaje Espontáneo.....	96
• Tabla 22: Descripción del segundo ítem del área Lenguaje Espontáneo.....	96
• Tabla 23: Descripción del tercer ítem del área Lenguaje Espontáneo.....	97
• Tabla 24: Descripción del primer ítem del área Comprensión.....	97
• Tabla 25: Descripción del segundo ítem del área Comprensión.....	98
• Tabla 26: Descripción del tercer ítem del área Comprensión.....	98
• Tabla 27: Descripción del cuarto ítem del área Comprensión.....	99
• Tabla 28: Descripción del quinto ítem del área Comprensión.....	99
• Tabla 29: Descripción del primer ítem del área Repetición.....	100

- Tabla 30: Descripción del segundo ítem del área Repetición.....100
- Tabla 31: Descripción del tercer ítem del área Repetición.....101
- Tabla 32: Descripción del cuarto ítem del área Repetición.....101
- Tabla 33: Descripción del quinto ítem del área Repetición.....102
- Tabla 34: Descripción del primer ítem del área Escritura.....102
- Tabla 35: Descripción del segundo ítem del área Escritura.....103
- Tabla 36: Descripción del tercer ítem del área Escritura.....103
- Tabla 37: Descripción del primer ítem del área Lectura.....104
- Tabla 38: Descripción del segundo ítem del área Escritura.....104
- Tabla 39: Descripción del tercer ítem del área Escritura.....105



RESUMEN

El objetivo del presente estudio es lograr la adaptación válida y confiable de la batería Bedside de lenguaje para su uso en la evaluación de la afasia en pacientes afásicos que se atienden en algunos hospitales de Lima y Callao.

La batería Bedside de Lenguaje es un instrumento de cribaje (screening) diseñado para la detección de afasias tras una lesión cerebral, es de rápida y simple aplicación al pie de la cama, y puede ser utilizado por médicos o especialistas de lenguaje. Evalúa cinco dominios lingüísticos: Lenguaje espontáneo, Comprensión, Repetición, Escritura, Lectura. La puntuación máxima obtenible es 26, es de fácil corrección, con puntos de corte bien establecidos, y ofrece una excelente especificidad para la detección de la afasia y una buena correlación con pruebas formales como el Test de Boston para el diagnóstico de la afasia.

La muestra estuvo conformada por 100 pacientes afásicos entre 18 y 89 años que se encontraban con tiempo de evolución dentro del periodo de 0 a 2 años luego de haber sufrido el daño cerebral, y que se atendieron en el Instituto Nacional de Rehabilitación del Callao, el Hospital Dos de Mayo, el Hospital Geriátrico de la Policía y el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Los resultados indican que la batería Bedside adaptada es confiable y válida (alfa de Crombach 0.956, sig < .001) y ningún ítem ha sido objetado por criterio de jueces. Así mismo indican una excelente consistencia interna de la prueba adaptada. Además se calculó el coeficiente de Spearman Brown (0.876; sig < .001), siendo este último también altamente significativo.

Palabras Clave: Afasia, Batería Bedside de Lenguaje, validez, confiabilidad.

ABSTRACT

A comprehensive evaluation of speech and language puts a lot of stress on the patient with a cerebral lesion. The battery Bedside of Language (BL) is short in duration and it is designed to presume a diagnosis of aphasia in patients with cerebral lesions.

The present applied research is directed to validate the battery Bedside of Language in an urban population of adults from Peru (18-89 years old). The items were analyzed with U de Mann Whitney, for comparison, and rho de Spearman for correlations. The validity was determined by judges' expert criteria and the Spearman-Brown Split half coefficient. A total of 100 subjects were evaluated using the battery BL and five linguistic dimensions were evaluated which were: spontaneous language, comprehension, repetition, writing and lecture. The maximum possible score is 26 with the cut-off score very well established. It was

found that the battery BL has high feasibility and internal consistency. Alpha de Crombach for all the linguistic dimensions aforementioned was 0,956. Also when comparing the total of each scale with the grand total of the BL, subjects with presumed diagnosis of aphasia versus subjects with no diagnosis of aphasia; the U de Mann Whitney fluctuated between 5.287 and 6.706 which was highly significant and shows an excellent criterion-related validity as well.

The results indicated that the battery BL is a potentially useful tool for predicting aphasia and sensible to the changes in the acute stages of language disorders.

Key words: Aphasia, Battery Bedside Assessment of Language, internal consistency, Sensitivity, Specificity.

INTRODUCCIÓN

Son diversos los trastornos que se pueden presentar en las personas a raíz de una lesión cerebral, uno de ellos es la afasia, la cual es un trastorno adquirido que afecta la capacidad que tienen las personas de hablar y entender. Cuando esto sucede, generalmente se recomienda una terapia de habla o de lenguaje si el paciente muestra dificultad para comunicarse, pero para que el paciente tenga un adecuado tratamiento, es de suma importancia el proceso de evaluación, el cual no sólo determinará la gravedad y tipo de afasia que presente, sino también permitirá determinar la ruta más apropiada para que el tratamiento sea lo más óptimo posible.

Actualmente existen una serie de test o balotarios que se encargan de la evaluación de esta patología, sin embargo muchos de ellos, son extensos y

requieren de mucho tiempo y esfuerzo por parte del paciente, por lo que se requiere de instrumentos que permitan un cribaje rápido y eficaz.

Ante esta necesidad y teniendo en cuenta que la afasia es una patología frecuente, nos vemos en la necesidad de adaptar a nuestra realidad un instrumento de cribaje rápido. La batería Bedside de lenguaje se usa como instrumento de despistaje para la detección del trastorno afásico tras una lesión cerebral, en sus estadios iniciales, agudos y graves. Esta prueba puede completarse en diez minutos, y evalúa las áreas de comprensión, expresión, lectura y escritura.

La adaptación de la batería Bedside de Lenguaje persigue adecuar lingüísticamente a nuestra realidad este instrumento y analizar sus características psicométricas de confiabilidad y validez.

A través del desarrollo de los capítulos del presente trabajo de investigación buscamos fundamentar la adaptación de la batería Bedside de lenguaje, como un instrumento de rápida detección y aplicación, y mediante los resultados de la aplicación de la misma, promoverla como una batería válida y confiable para su aplicación; lo cual será de gran utilidad para la población interesada.

En el primer capítulo se presenta la fundamentación así como la formulación del problema de la presente investigación, se presenta la definición

de los objetivos que pretendemos alcanzar al finalizar este trabajo, indicando a su vez la importancia y justificación del mismo.

En el segundo capítulo se detalla el marco teórico que sustenta el estudio; se exponen los antecedentes encontrados sobre pruebas y adaptaciones para la evaluación de la afasia, tanto nacionales como internacionales; así como la explicación de las bases científicas que respaldan nuestra investigación; finalmente se precisan los términos básicos más importantes relacionados a la adaptación del instrumento

El tercer capítulo se centra en los aspectos concernientes a la metodología, se precisa el tipo y diseño de la de investigación, así como la población exponiendo los mecanismos seleccionados de la muestra; se describe detalladamente el instrumento así como el proceso de adaptación del mismo y se detalla el procedimiento de recolección de datos que detalla el análisis de los mismos

En el cuarto capítulo se presentan, analizan y discuten los resultados obtenidos en el estudio.

Finalmente, en el último capítulo, se presenta las conclusiones producto de los hallazgos del estudio y las recomendaciones pertinentes; lo cual podría contribuir a revertir la problemática mencionada inicialmente, y de esta manera, permitir a los especialistas en el área, realizar una evaluación rápida y confiable

en beneficio de los pacientes a tratar y por ende, responder oportunamente a las demandas y necesidades.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

Son muchas las formas en que las personas podemos comunicarnos, el lenguaje verbal es la principal. Éste, no sólo es una herramienta para la comunicación y para la actividad intelectual, sino también, permite organizar los procesos mentales en el ser humano. Sin embargo, en ocasiones esta función se ve afectada y surgen una serie de alteraciones, por ejemplo, en las áreas asociativas del hemisferio dominante, y a esta alteración se le denomina afasia.

Etimológicamente, la palabra afasia significa ausencia del lenguaje. La afasia es un trastorno adquirido de la comunicación que se caracteriza por la pérdida total o parcial de la capacidad de comprender o utilizar el lenguaje ya

formado (Álvarez y Bermúdez, 2008). Aparecen problemas en el habla, en la comprensión, en la denominación, la vez que pueden presentarse dificultades para leer y escribir.

Esta alteración se produce por daños en los centros de lenguaje del cerebro, el tipo y gravedad de la disfunción del lenguaje dependerá de la ubicación precisa y del grado de daño del tejido cerebral (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2007). Estas alteraciones son más frecuentes en adultos y pueden deberse a traumatismos encéfalo craneanos o accidentes cerebro vasculares, los cuales son la primera causa de esta enfermedad; es así que aproximadamente entre el 21 y el 38% de personas que sobreviven a un accidente cerebro vascular, presentan afasia (Berthier, 2005). Así mismo, puede presentarse de forma progresiva en el caso de la presencia de tumores.

Si bien es cierto la función del lenguaje, a nivel expresivo y comprensivo, se ve alterada, las consecuencias pueden ser diversas dependiendo del tipo de afasia que se presente, ya sea de Broca o de Wernicke, global, de conducción, transcorticales o anómica. Puede haber una alteración a nivel sensorio motriz; el habla se vuelve poco legible. En ocasiones la persona puede hablar de forma incoherente, agregar, inventar o sustituir palabras por otras. A consecuencia de todo ello también se ve afectado el área socioemocional, ya que al ser consciente de sus dificultades la persona se frustra con facilidad, se aísla, se deprime; es decir

las consecuencias son devastadoras en las diferentes áreas y a todo nivel (Álvarez y Bermudez, 2008)

Hasta el momento, son muchas las investigaciones que se han venido realizando sobre la afasia. A nivel mundial, se han generado una serie de pruebas neuropsicológicas, baterías e instrumentos de evaluación, que brindan información que permite llegar a un diagnóstico más acertado y poder así brindar al paciente el tratamiento idóneo. Todo ello, con el fin de proporcionarle las herramientas necesarias para una mejor calidad de vida; es ahí donde radica la importancia de las evaluaciones con pruebas o test.

Realmente son numerosas las pruebas que se pueden aplicar, sin embargo la evaluación formal del lenguaje, requiere mucho tiempo y ello genera fatiga en el paciente, el cual se encuentra en las primeras fases de recuperación luego de sufrir la lesión. Por ello, se elaboran test más cortos o de screening, que no pueden reemplazar la evaluación exhaustiva y detallada de las baterías formales para el diagnóstico de la afasia, pero resultan de gran utilidad en la práctica diaria en un centro de rehabilitación, pues brindan un acercamiento diagnóstico, y representan una rápida y eficiente medida de presencia o ausencia de déficit.

Entre estos test, se cuenta con la batería Bedside adaptada por la Dra. Liliana Sabe, que ha demostrado validez y confiabilidad en su país de origen,

Argentina (2008). Siendo necesarias evaluaciones psicométricas que permitan un screening rápido y eficiente que facilite el diagnóstico de la afasia, creemos conveniente adaptar a nuestra realidad esta batería con el fin de aportar a posteriores investigaciones.

1.2 Formulación del Problema

En el presente estudio de investigación, nos proponemos dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Será factible la adaptación y estandarización de la batería Bedside de Lenguaje para la Evaluación de la Afasia en pacientes afásicos en algunos hospitales de Lima y Callao?

1.3 Formulación de los Objetivos

Objetivo General

Lograr la adaptación válida y confiable de la batería Bedside de Lenguaje para su uso en la evaluación de la afasia en pacientes afásicos que se atienden en algunos hospitales de Lima y Callao.

Objetivos Específicos

1. Adaptar lingüística y culturalmente la batería Bedside en la población de referencia.
2. Establecer la confiabilidad de la batería Bedside empleando el método de la consistencia interna.
3. Establecer la validez de la batería Bedside determinada por el criterio de expertos y empleando el análisis de correlación ítem-test.
4. Elaboración de baremos correspondientes para la escala.

1.4 Justificación

El estudio se justifica en la medida que, existe una carencia de pruebas cortas que valoren a pacientes afásicos, en un tiempo corto y fácil, por lo que una adaptación del mismo se hace imprescindible para su uso diario en hospitales de Lima Metropolitana - Callao.

En este sentido, creemos que la batería Bedside, desarrollada y validada por la Dra. Liliana Sabe y un equipo de investigadores de la Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia (FLENI) en Argentina, podría ser de gran utilidad en el diagnóstico de pacientes afásicos que se atienden en hospitales de Lima. Utilidad que se confirma con su adaptación psicométrica y el análisis de su confiabilidad y validez. De allí la importancia del estudio y también su justificación, pues al realizar la adaptación y su estandarización se tendrá un instrumento por el cual se podrá conocer algo mejor a

la realidad diagnóstica del afásico en etapa aguda luego del daño cerebral que permitirá dirigir mejor el tratamiento desde su inicio, y facilitar al familiar pautas precoces incluso antes de su salida del primer hospital donde se trató.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de la Investigación

A continuación se presentarán algunas pruebas y adaptaciones que presentan objetivos similares a los de la batería Bedside de Lenguaje, cuyo análisis nos permitió tener un punto de referencia para esta investigación.

2.1.1 Nacionales

“Adaptación del Test de de Boston a la población afásica que acude al INR”.

La muestra de análisis la conformaron todos los pacientes que acudieron al INR desde Noviembre del 2004 a Noviembre del 2005. Se excluyeron a los pacientes que no terminaron la primaria completa y aquellos que tuvieran problemas de memoria, previos a la lesión, como signos de demencia senil, pacientes con traqueostomía o aquellos que tuviesen un edad menor a de

dieciocho años. El tamaño de la muestra fue de 40 pacientes, teniendo en cuenta el número de pacientes afásicos que fueron atendidos en los dos últimos años en el INR.

La técnica de muestreo fue no probabilística, ya que su único requisito era cumplir con la cuota del número requerido de sujetos o unidades de observación. Los participantes se seleccionaron de manera intencionada. La intencionalidad se debió a la imposibilidad de acceso a toda la población de pacientes afásicos.

Finalmente, se llevó a cabo la adaptación lingüística del Test de Boston, logrando realizar los cambios lingüísticos al español del Perú. Se estableció la validez de contenido del instrumento a través del método de criterio de jueces, quienes determinaron la eliminación de ocho ítems. El test de Boston cuenta con los niveles adecuados de validez y confiabilidad para la población en referencia.

2.1.2 Internacionales

Dentro de las pruebas realizadas en el extranjero encontramos:

El Frenchay aphasia screening test (FAST)

El Frenchay aphasia screening test (FAST) fue publicado por Enderby, P., Wood, V.A., Wade, D.T., Langton-Hewer (1987), como un test simple para evaluar trastornos del lenguaje. Tarda en realizarse entre 3 y 10 minutos y explora 4 aspectos del lenguaje: Comprensión del lenguaje hablado, expresión oral, comprensión de lectura y escritura. Se evalúa sobre 30 puntos máximos y el punto

de corte para diagnosticar, la alteración del lenguaje se sitúa en 27 puntos para los menores de 60 años y 25 para los mayores de 61 años.

Este test ha demostrado en diferentes publicaciones su reproductibilidad, validez, sensibilidad y especificidad. Sin embargo, presenta una limitación especial para utilizar en nuestro medio, como es el hecho de que no está publicado en español, sólo en inglés, y si bien al tratarse de un test basado en láminas, puede ser utilizado, no hay estudios de adaptación que le den validez a su utilización en español.

Evaluación Breve de la Afasia (EBA)

La evaluación Breve de la Afasia (EBA) ha sido desarrollado por la Dra. Nora Silvana Vigliecca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina (CONICET, 2004).

Este test se ofrece libremente para traducción e investigación científica y apunta a la renovación conceptual y al perfeccionamiento técnico en el tema, a través de una aproximación multicéntrica más operativa y objetiva. La Evaluación Breve de la Afasia (EBA) fue diseñada para detectar los recursos básicos de comunicación verbal con los que cuenta el paciente afásico, a fin de iniciar luego una evaluación neuropsicológica (o del lenguaje) más completa y mejor preparada.

EBA es parte de la batería de Test neuropsicológicos abreviados y adaptados para hispanoparlantes y ha sido desarrollada con objetivos propios, esto es, independientemente de lo propuesto en otras evaluaciones rápidas para afásicos disponibles en el mercado. La prueba debe ser administrada sólo a personas con importante compromiso lingüístico. A través de ella, mientras se estimula cognitivamente al paciente, se explora el desempeño en una serie de tareas que involucran conocimientos y destrezas elementales para la comunicación verbal. Con esta propuesta no se pretende reemplazar la perspectiva teórica y técnica del profesional actuante, sino simplemente complementarla.

Si se quiere realizar un diagnóstico más detallado y profundo de las alteraciones del lenguaje, se pueden consultar las siguientes pruebas:

Prueba para el Procesamiento Lingüístico en la Afasia (Adaptación española de Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia, PALPA)

Cuetos y Valle (1995) realizaron la versión española de esta prueba, utilizada en la evaluación de las capacidades psicolingüísticas de pacientes adultos con afasias adquiridas. Su objetivo es la evaluación detallada de las habilidades lingüísticas conservadas y deterioradas en base a un análisis de los denominados módulos de procesamiento del sistema lingüístico a partir de lo cual es posible obtener un perfil del sujeto evaluado.

Constituida por un total de 58 pruebas fue diseñada para su uso parcializado, permitiendo la selección de un grupo de ellas de acuerdo con la hipótesis que desee verificar el evaluador. La batería se encuentra dividida en cuatro segmentos: Procesamiento fonológico (17 subpruebas), lectura y escritura (27 subpruebas), comprensión de palabras y dibujos (8 subpruebas) y comprensión de oraciones (6 subpruebas). Cada una de ellas, está conformada por un grupo de tareas sencillas y cuenta con una breve descripción de la misma, identificación de las variables controladas, fundamentación sobre su inclusión en la batería, e hipótesis explicativas para los distintos patrones de respuesta obtenidos.

El material está conformado por un conjunto de hojas de presentación, protocolo de datos y hojas resumen para cada prueba. El instrumento cuenta además con un conjunto de sugerencias para la obtención de un informe más detallado y un conjunto de tablas normativas para su clasificación en cada una de las pruebas.

Los aspectos metodológicos de la prueba son bastante sencillos en los aspectos estadísticos, recurriendo como medida de dispersión a la desviación estándar y como indicador de tendencia central la media. Por tratarse de una prueba de alta especificidad se recomienda considerar la existencia de

conocimientos previos de neuropsicología y psicolingüística por los profesionales que hagan uso de la misma.

El tiempo de duración de esta prueba es variable, ya que depende de los subtest aplicados. La elección y orden de administración de los subtest estará en función de las hipótesis que el examinador se vaya formando del paciente a lo largo del desarrollo de la prueba.

El test de Boston, (BDAE)

La prueba de Boston para el diagnóstico de las afasias (PBDA) es probablemente la prueba más frecuentemente utilizada durante los últimos años (Goodglass & Kaplan, 1972, 1986). Existen dos traducciones en español realizadas por Editorial Médica Panamericana. En 1979 se publicó en Argentina la primera traducción y adaptación y en 1986 se realizó en España una segunda edición que se reeditó en 1996. La adaptación española de la segunda traducción fue hecha por J.E. García-Albea, M.L. Sánchez Bernardos y S. del Viso. Existen también dos estudios normativos realizados en Colombia, el primero en 1990 (Rosselli, Ardila, Florez & Castro, 1990) y el segundo en el año 2000 (Pineda, Rosselli, Ardila, Mejia, Romero & Pérez, 2000).

La Western Aphasia Battery, (WAB)

Fue desarrollada posteriormente a la Prueba de Boston para el Diagnóstico de las Afasias (Kertesz, 1982). Por eso, muchos de los ítems son tomados de la Prueba de Boston para el Diagnóstico de las Afasias. Se espera que sus resultados sean de utilidad tanto en el diagnóstico como en el tratamiento del paciente afásico.

La batería incluye cuatro subpruebas de lenguaje oral que permiten derivar cinco puntajes. Estos puntajes se convierten en una escala de 10 puntos, permitiendo crear un perfil de ejecución. Posteriormente, se puede calcular un “Cociente de Afasia” multiplicando por dos cada uno de los cinco puntajes escalares y sumándolos. Un puntaje normal o perfecto corresponde a 100. Las discrepancias con este puntaje total informan sobre la gravedad del trastorno afásico.

Se incluyen adicionalmente pruebas de lectura, escritura, aritmética, praxias, habilidades construccionales y la Prueba de Matrices Progresivas de Raven. Con esto se intenta tener una apreciación global sobre el estado general del paciente. Los puntajes de estas últimas subpruebas se pueden combinar en una “Cociente de Ejecución”. El Cociente de Afasia y el Cociente de Ejecución combinados permiten derivar un “Cociente Cortical”.

Se considera que la Batería de las Afasias de Western tiene índices de confiabilidad y validez aceptables y una estructura estadística apropiada. Existe

una adaptación al español de la Batería de las Afasias de Western realizada por Pascual Leone en España (Kertesz, Pascual- Leone & Pascual Leone, 1990) y ha sido utilizada en diversos países latinoamericanos, por ejemplo en México.

El índice Porch de habilidad comunicativa (PICA)

El Índice Porch de Habilidad Comunicativa (PICA) (Porch, 1983) fue desarrollado para medir una muestra de habilidades comunicativas en una forma confiable. Contiene 18 subpruebas, cada una de ellas con 10 ítems, cuatro de ellos verbales, ocho gestuales, y seis gráficos.

El examinador puntúa las respuestas utilizando un sistema multidimensional de 16 puntos. Se supone que su aplicación requiere un entrenamiento riguroso, por razones de confiabilidad en la puntuación de las respuestas. Se ha señalado que dado su formato rígido y su sistema de calificación, puede suministrar un sistema de medida muy sensible a cambios menores en las habilidades de comunicación del paciente. Sin embargo, se le ha criticado que algunas habilidades lingüísticas no son apropiadamente evaluadas, y no permite hacer un diagnóstico de la afasia dentro de una categoría específica.

El Índice Porch de habilidad Comunicativa requiere entre treinta minutos a dos horas para su aplicación.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 La Afasia

2.2.1.1 Definición

Afasia etimológicamente significa ausencia del lenguaje; proviene del griego a: negación – phasis: lenguaje.

Desde hace siglos atrás, de cierta forma, se había identificado la relación entre alteraciones del lenguaje y lesiones craneales, es así, que por ejemplo, entre los egipcios, se menciona que entre los años 3000 y 3500 A.C., identificaron lesiones en la cabeza que producían problemas de lenguaje, como se documenta en los papiros Breasted (Lesser, Barcelona 1983).

Hasta el siglo XVIII se consideraba que los problemas de lenguaje, se debían a una incapacidad para recordar palabras y que por lo tanto, pertenecían a problemas de la memoria (JenKins y otros, Buenos Aires 1976).

La historia de la afasiología, como tal, se inició durante en siglo XIX. A partir de entonces, han sido innumerables las investigaciones, teorías, enfoques y autores que se han dedicado al estudio de la misma y que con sus aportes nos han permitido conocer más sobre esta alteración.

En la actualidad, diversas instituciones en Norte América, encargadas del estudio de la afasia, la han definido de la siguiente manera:

Según la ASHA (American Speech – Language – Hearing Association, 1997-2011), “La Afasia, es un trastorno que surge como consecuencia de una lesión en alguna parte del cerebro responsable por el lenguaje, y puede causar problemas con todas o alguna de las siguientes destrezas: la expresión, la comprensión, la lectura y la escritura.”

Mientras que para el NIDCD (National Institute of Deafness and other Communication Disorders, 2002) “La afasia es un trastorno que se presenta resultado del daño a las porciones del cerebro que son responsables del lenguaje. Para la mayoría de las personas, éstas son partes del lado (hemisferio) izquierdo del cerebro.”

Y para el NINDS (National Institute of Neurological disorders and stroke, 2007) “La afasia es un trastorno neurológico causado por un daño en las partes del cerebro que son responsables del lenguaje. Los principales signos del trastorno incluyen dificultad para expresarse al hablar, problemas para entender una conversación y dificultad para leer y escribir”

Por otro lado, en América Latina, diversas investigaciones y autores han dado los siguientes aportes al respecto:

Según la recopilación de la Revista Neuropsicología Latinoamericana (México, 2011), a lo largo del tiempo se han propuesto diferentes definiciones de lo que significa el término afasia. Hécaen (1977) la define como un déficit en la

comunicación verbal resultante de un daño cerebral. Goodglass y Kaplan (1972) consideran a la afasia como perturbaciones del lenguaje oral y escrito que son producidas por lesiones en ciertas áreas cerebrales. Estos mismos autores afirman que no pueden ser consideradas como desórdenes afásicos las alteraciones de articulación de palabras y las alteraciones de la escritura, debidas a la incoordinación o parálisis de los músculos correspondientes, ya que éstas, se deben a la afectación intelectual severa o alteraciones visuales auditivas. Para Álvarez (2008) la afasia es un trastorno del lenguaje que se caracteriza por la pérdida total o parcial de la capacidad de comprender o utilizar el lenguaje ya formado, lo cual está dado por una dificultad de carácter sensorial o motriz, y que tiene como causa una alteración o lesión orgánica a nivel cortical en las áreas correspondientes a los analizadores auditivo-verbal y verbo-motriz.

Según Flores (México, 2002), la afasia es la pérdida de la capacidad de uso del lenguaje secundaria a una lesión de las áreas cerebrales involucradas en la producción del lenguaje.

En el Perú, como en otros países de Latinoamérica, no sólo se tiene información de autores europeos, sino que además no se puede evitar la gran influencia de las producciones estadounidenses, y del resto del mundo.

2.2.1.2 Datos Estadísticos

Según el análisis de la discapacidad en el Perú (MINSa - INR 2007) el riesgo de que la población mayor de 64 años tenga deficiencia y discapacidad es

de un aproximado de 84.3% de posibilidades, más del doble que la observada en la población de 15 a 44 años. Así mismo, se ha observado que aumentan el número de personas con discapacidad conforme aumenta la edad, sin embargo no existe diferencia marcada en relación al género siendo sus tasas de prevalencia para hombres y mujeres de 5.71% y 5.69% respectivamente (Estudio CONADIS-INEI, 2005). En cuanto a la prevalencia por área geográfica es mayor en el área urbana, seguida por el área urbano marginal; mientras que vivir en el área rural, representa un riesgo dos veces menor para presentar discapacidad.

Según el Reporte Estadístico de la Discapacidad en el Perú (1999 -2000), el trastorno que produce una discapacidad más severa es la afasia con un 41.4%, seguida de la disartria con un 18.9%. Esto obviamente destaca la magnitud de esta enfermedad y la importancia de detectar rápidamente su presencia, a través de baterías de despistaje como la Batería de Bedside de Lenguaje, así como la necesidad de un programa de rehabilitación precoz que pueda mitigar su severidad.

Según el MINSA (2003), en el Perú, en el año 2000, hubo 98,331 discapacidades en 61,734 pacientes atendidos con discapacidad en los servicios de rehabilitación. Es decir, casi un promedio aproximado de dos discapacidades por cada caso. Un total de 5,989 o 6.1% fueron discapacitados en trastornos de la comunicación, contándose 167 casos o 0.2% para el total de discapacitados por

Afasia, precedido por retardo de lenguaje con 2,948 casos o 4.8%, trastorno de habla con 1,084 casos o 1.8%, y disfemias con 644 casos o 1.0%.

La afasia ocurre repentinamente, se presenta más comúnmente en personas adultas o adultos mayores, en hombres (54%) o mujeres (46%), como resultado de un accidente cerebro vascular o traumatismo encéfalo craneano pero también puede desarrollarse lentamente, como en el caso de un tumor cerebral u otras causas neurológicas. La gravedad de la afasia, en cada caso dependerá de la parte del cerebro afectada y de la magnitud de la misma, lo que determinará a su vez el tipo de problema que presente el paciente.

En pacientes mayores de 64 años, los diagnósticos realizados en el Instituto Nacional de Rehabilitación, se evidencia con mayor precisión la presencia Desórdenes Vasculares Cerebrales Isquémicos (13.165%), los hemorrágicos (3,94%) y daños asociados a estos dos últimos como la Afasia (2,66%) (INRDIS, 2006)

2.2.1.3 Etapas de evolución en el paciente Afásico

Un accidente cerebro vascular es una emergencia médica en la que el tiempo incide de forma determinante sobre el estado final de la pérdida de funciones neurológicas, de manera que su atención en una unidad de cuidados

intensivos repercute decididamente sobre la disminución de la morbilidad, mortalidad, estadía y costo hospitalario. (Hacke, 1996).

El personal especializado y multidisciplinario de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) realizará las pruebas pertinentes para estabilizar al paciente así mismo se proveerá al paciente con los cuidados agudos que necesite para que una vez estabilizado sea trasladado a hospitalización para que empiece su rehabilitación y posteriormente sea dado de alta cuando el médico lo estime prudente.

En el periodo agudo general (Azcoaga, J. E., 1985), el paciente afásico se encuentra aún internado, este periodo puede extenderse durante unas horas o días según la severidad de la lesión neurológica. La alta fragilidad que caracteriza a los procesos básicos y a la neurodinámica cortical en esta etapa, determina la necesidad de efectuar un seguimiento diario obligatorio en distintos momentos de cada día y en el mismo día para registrar las modificaciones del cuadro clínico en lapsos breves. Esto permite evaluar el tiempo que demora cualquier mejoría, hecho fundamental en lo relativo a la severidad del cuadro afásico. Esta modalidad de seguimiento también indica cuál es el momento oportuno para empezar la intervención.

Posteriormente el paciente pasará al periodo sub agudo (Azcoaga, J. E., 1985) (Manual Merck de información médica. Segunda edición, 2003), cuya extensión puede abarcar algunos días o semanas y será bajo la discreción del

médico si el paciente debe estar internado o no, se procederá a conducir una evaluación breve de lenguaje obteniéndose una pequeña muestra del lenguaje y de los códigos lecto escrito y matemático para establecer tanto el grado de desorganización como el tipo de correlación entre ellos.

Según Junqué (2003); la máxima recuperación espontánea ocurre en los primeros meses después de la lesión cerebral. Esta se producirá a los 3, 6, 12 meses. Diversos estudios han señalado que los efectos del tratamiento iniciado en la fase aguda de la recuperación son mucho mayores y que el tratamiento iniciado tras el periodo agudo tiene un efecto menor. El tiempo de evolución es considerado un factor pronóstico, de forma que, a mayor tiempo transcurrido tras el daño cerebral, menos posibilidades de recuperación del lenguaje.

2.2.1.4 Comorbilidad en el paciente afásico durante la hospitalización

Se pueden presentar las siguientes comorbilidades:

a. Comorbilidades psiquiátricas: como la depresión, la ansiedad y el aislamiento social pueden tener consecuencias negativas sobre la rehabilitación y el funcionamiento psicosocial (Berthier, M.L., 2005).

b. Hipertensión Arterial: Es el factor de riesgo más importante en la ocurrencia del accidente cerebro vascular y tiene una relación directa (Tanizaki Y., y cols., 2000). Es un factor de riesgo independiente y afecta a un 20% de la población adulta. El estudio Framingham que define a la hipertensión arterial

definitiva como la presión sistólica 160 mm hg. y la diastólica 95 mm hg., encontró que el riesgo relativo de accidente cerebro vascular entre los pacientes con hipertensión era de 3.1 para varones y 2.9 para mujeres.

En un estudio de meta-análisis sobre la hipertensión arterial (McMahon, S. y cols., 1990) al evaluar los cambios de la presión diastólica, se halló que la disminución de 7.5 mm Hg. se asociaba con una disminución del 46% de riesgo de un accidente cerebro vascular. La hipertensión sistólica aislada, también supone un fuerte riesgo relativo, siendo 4 veces mayor para los que tienen presión sistólica entre 160 mm y 180 mm Hg. Frente a los que mantienen cifras inferiores.

Algunos estudios han demostrado que la asociación entre un accidente cerebro vascular y la hipertensión podría modificarse con la edad. El Proyecto Rochester (Davis P. H., y cols., 1987), encontró que el riesgo de infarto dada una historia de hipertensión arterial disminuía de 4 a la edad de 50 años a 1 a la edad de 90 años.

En el estudio de Framingham (Wolf, P.A. y cols., 1988) el riesgo atribuible a la hipertensión arterial disminuía con la edad, sugiriendo que la hipertensión podría tener un leve impacto en la ocurrencia de accidentes cerebrovasculares en los grupos de edad más avanzada.

c. Diabetes Mellitus: Tanto la diabetes tipo 1 como la 2 son factores de riesgo independientemente de aterosclerosis cerebral y el riesgo relativo de un accidente

cerebro vascular isquémico es 2 a 3 veces más alto respecto a los no diabéticos. En el Proyecto Rochester (Davis P. H., y cols., 1987), la diabetes fue un factor de riesgo significativo en varones, pero no en mujeres, sin embargo, en mujeres de edad avanzada la diabetes sí tuvo un rol importante.

En el estudio de Framingham (Wolf, P.A. y cols., 1988), la incidencia de infarto aterotrombótico fue más alta entre los pacientes diabéticos, varones y mujeres de todas las edades, aunque hay que destacar que, con frecuencia la diabetes se asocia a otros factores de riesgo como la hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad y sedentarismo.

d. Dislipidemia: Las dislipidemia, incluyendo elevaciones de colesterol total, de colesterol de baja densidad (LDL, del inglés Low Density Lipoprotein), triglicéridos y disminución del colesterol de alta densidad (HDL, del inglés High Density Lipoprotein), desempeñan un rol patogénico en la enfermedad cerebro vascular y coronaria (Berciano J., 1999; Smith G.D., y cols., 1992).

Un estudio japonés (Konishi M., y cols., 1993), basado en los hallazgos necrópsicos de 750 pacientes varones de 30 o más años, correlacionó el tipo de accidente cerebro vascular con tasas de colesterol ajustadas por edades. Tasas elevadas (>200mg/dl) se asociaron con aterosclerosis de las arterias cerebrales.

En el Northern Manhattan Stroke study (Kargman D.E., y cols., 1998), se evidenció el efecto protector del HDL entre aquellos con accidente cerebro

vascular aterosclerótico. Sin embargo, otros estudios no han encontrado una asociación entre el colesterol sérico y el infarto cerebral.

e. Tabaquismo: El tabaquismo es un factor de riesgo independiente de Accidente Cerebro Vascular isquémico en ambos sexos, también es un factor de riesgo de aterosclerosis cerebral.

Según datos del estudio de Framingham (Wolf, P.A. y cols., 1988), el número de años /paquete se correlaciona con el riesgo de accidente cerebro vascular y con el grado de ateromatosis carotídea.

Independientemente de otros factores, el riesgo relativo es de 1.6 en varones y 1.9 en mujeres, también se correlaciona con el número de cigarrillos/día: es el doble en varones que fuman más de 40 cigarrillos/día, que en los consumidores de menos de 10 cigarrillo/día.

Aunque los mecanismos fisiopatológicos asociados al tabaquismo en relación al accidente cerebro vascular todavía no están muy claros, se ha sugerido que actuaría acelerando el proceso aterosclerótico, incrementando la coagulabilidad, la adhesividad plaquetaria y en la elevación de la presión arterial (Elkind, M.S., y col., 1998)

2.2.1.5 Clasificación

Variadas son las clasificaciones, que se pueden encontrar sobre la Afasia, ya que diversos estudios y autores, han realizado aportes desde diferentes enfoques y criterios. Para la presente investigación se usará la clasificación de los trastornos afásicos según Benson y Ardila (1996), tomada del libro “Las Afasias” (Ardila, 2006), el cual cita a su vez, diferentes autores que presentan distintos puntos de vista; así mismo, se utilizará la clasificación dada por Benson y Geschwind (1971). Es importante recalcar, que sea cual sea el criterio de clasificación, todos los investigadores clínicos, desde el tiempo de Wernicke, han tenido como base para la clasificación, las características del lenguaje.

Se presenta a continuación una clasificación de los trastornos afásicos, partiendo de dos criterios anatómicos: En el primero, la afasia, puede ser pre-rolándica, es decir, anterior, no fluida; o post-rolándica, es decir, posterior fluida, mientras que en el segundo criterio se localiza la afasia en el área perisilviana del lenguaje; o se encuentra, más allá de esta región central por lo que se le denomina extrasilviana. Para la mayoría de síndromes afásicos, se introducen sub tipos. Además, las afasias se relacionan con síndromes anatómicos (Ardila, 2006).

Tabla 1

Clasificación de los trastornos afásicos (según Benson y Ardila, 1996)

	Pre-rolándica	Post-rolándica
Peri-Silviana	Broca Tipo I (síndrome triangular) Broca Tipo II (síndrome triangular- opercular-insular)	Conducción (síndrome parietal-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 prefrontal dorsolateral izquierdo) Extrasilviana Motora Tipo II (síndrome del área motora suplementaria)	Extrasilviana Sensorial Tipo II (síndrome temporo occipital) Extrasilviana Sensorial Tipo II (síndrome parieto-occipital angular)

Fuente: Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Pág. 14

a. Afasias Perisilvianas

Todas ellas se caracterizan por un defecto importante en el lenguaje repetitivo y anatómicamente los sitios de las lesiones se localizan alrededor de la cisura de Silvio del hemisferio izquierdo.

- **Afasia de Broca**

Fue denominada inicialmente por Broca como afemia y ha sido conocida como afasia motora eferente o cinética (Luria, 1970), afasia expresiva (Hécaen & Albert, 1978) afasia verbal (Head, 1926) afasia sintáctica (Wepman & Jones, 1964) o afasia de Broca (Brain, 1961; Benson & Geschwind, 1971; Lecours, Lhermitte & Bryans, 1983).

Está asociada a una lesión inferior y posterior de lóbulo frontal del hemisferio dominante (área 44 de Brodmann). Situada en la tercera circunvolución frontal izquierda, delante de la zona motriz facial la cual controla los movimientos de los músculos de la cara, lengua, etc. que intervienen en la producción de los sonidos. Para Geschwind (1965) el área de Broca contiene los programas para la compleja coordinación de los músculos de la cara, mandíbula, lengua, paladar y laringe implicados en la producción del habla.

La afasia de Broca se caracteriza por un lenguaje expresivo no fluido, compuesto por expresiones cortas y agramaticales, producidas con alteraciones en la prosodia y articulación. El nivel de comprensión es superior a la producción verbal aunque nunca normal. La repetición es inadecuada con presencia de desviaciones fonéticas y parafasias fonológicas, aunque superior al lenguaje espontáneo. La escritura se encuentra seriamente afectada, tanto la escritura espontánea como el dictado y la copia; se realiza con letras grandes, pobremente formadas, con errores en el deletreo y omisiones de letras.

Tabla 2

Características de la Afasia de Broca (Benson y Ardila, 1996)

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, A. (2006). *Las Afasias*. Pag.60

Aunque existe cierto desacuerdo sobre la topografía exacta de las lesiones responsables, parece evidente que las lesiones limitadas estrictamente al área de Broca no son suficientes para producir el síndrome; esta forma restringida de afasia de Broca, podría denominarse como Afasia de Broca tipo I (o afasia de Broca menor o afasia del área de Broca). La forma extensa o el síndrome completo de la afasia de Broca, sólo se observa si adicionalmente, el daño se extiende a la región opercular, la circonvolución precentral, la ínsula anterior, y la sustancia blanca paraventricular y periventricular; esta forma de afasia de Broca podría denominarse como afasia de Broca extendida o afasia de Broca tipo II.

- **Afasia de Conducción**

La afasia de conducción ha sido conocida como afasia motora cinestésica o aferente (Luria, 1966, 1980), afasia central (Goldsteirn, 1948), afasia de conducción eferente (Kertesz, 1985) o simplemente como afasia de conducción (Benson & Ardila, 1994, 1996; Benson, 1979; Hécaen & Albert, 1978; Lecours, Lhermitte & Bryans, 1983).

Se asocia a una lesión del fascículo arqueado que conecta las áreas de Broca y Wernicke, la desconexión en estas áreas produce una afasia de conducción (Román y otros, 2010).

Se caracteriza por un lenguaje espontáneo relativamente fluente pero con presencia de parafasias literales, buena comprensión casi normal, alteraciones importantes en la repetición, defectos en la denominación, lectoescritura alterada, apraxia ideomotora y anormalidades neurológicas (Benson et al., 1973). La afasia de conducción podría considerarse como un apraxia verbal, una apraxia ideomotora para el acto de hablar, o como una apraxia cinestésica del habla (Ardila, 1992).

Se han postulado diferentes formas de afasia de conducción: eferente/aferente (Kertesz, 1979, 1986) o reproducción / repetición (Shallice & Warrington, 1977; Caplan et al., 1986). El tipo eferente reproducción implica la organización fonológica y la representación de las palabras y se correlaciona con daño parietal e insular; en tanto el tipo aferente – repetición implica defectos en la

memoria verbal a corto término, afecta la repetición de secuencias largas y aparece como consecuencia de daño del lóbulo temporal.

Tabla 3

Características de la Afasia de Conducción (Benson y Ardila, 1996)

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL LENGUAJE	
Lenguaje conversacional	Fluente, parafásico
Comprensión del lenguaje	De bueno a normal
Repetición	Severamente anormal
Señalar	De buena anormal
Denominar	Anormal
Lectura: En voz alta	Anormal
Comprensión	De buena anormal
Escritura	Anormal
SIGNOS NEUROLÓGICOS ASOCIADOS	
Sistema motor	Leve hemiparecia severa
Disartria	Ausente
Perdida de sensibilidad cortical	Presente
Apraxia	Verbal, ideomotora
Campo visual	Normal
Agnosia visual	Ausente

Fuente: Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Pag.65

La afasia de conducción aparece en caso de lesiones parietales e insular. El daño del fascículo arqueado a nivel de circunvolución supramarginal, produciría una separación entre las áreas sensoriales y motoras del lenguaje, y la afasia de conducción representaría una desconexión entre las áreas de Wernicke y Broca.

- **Afasia de Wernicke**

Ha sido denominada como afasia sensorial, afasia receptiva, afasia central o afasia acústico – amnésica. Está asociada a una lesión del área 22 de Brodman o área de Wernicke, región temporal posterior del hemisferio izquierdo.

Las características clínicas están bien definidas, el lenguaje expresivo tiene una fluidez normal; la producción puede ser excesiva (logorrea). Según Jakobson (1964) esto se debe al hecho de que se han perdido los límites de la frase y las oraciones nunca se terminan. La estructura gramatical es usualmente aceptable, la prosodia y articulación son adecuadas. Hay una ausencia de palabras significativas, a pesar de la gran cantidad de palabras producidas, no es posible reconocer las ideas que el paciente trata de expresar. Los neologismos también son frecuentes.

Una característica significativa, es el defecto en la comprensión del lenguaje oral. En casos extremos, el paciente simplemente no entiende nada.

Tabla 4

Características de la Afasia de Wernicke (Benson y Ardila, 1996)

Características básicas del lenguaje	
Lenguaje conversacional	Fluente, parafásico
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, A. (2006). *Las Afasias*. Pag.69

Muchas afasias consideradas como de Wernicke, muestran un daño estructural que supera la extensión del área de Wernicke, por lo que es posible distinguir dos subtipos de ellas, afasia de Wernicke Tipo I referida a la incapacidad para identificar los sonidos del lenguaje, aunque la audición está conservada y el paciente es capaz de identificar sonidos significativos no verbales, sin embargo, no logra comprender el lenguaje oral ya que no logra discriminar sus componentes; y la afasia de Wernicke Tipo II en la cual la producción verbal es fluida con un número normal y aún excesivo de palabras pero con un decremento en la significatividad y una relativa ausencia de palabras denominativas. La comprensión siempre deficiente, pero puede fluctuar.

b. Afasias Extrasilvianas

Existe un número de síndromes afásicos en los cuales la repetición es normal o relativamente normal, y cuya patología se encuentra por fuera del área perisilviana del hemisferio izquierdo (Berthier, 1999).

- **Afasia Extrasilviana Motora**

Diferentes denominaciones ha sido sugeridas para este síndrome afásico, incluyendo afasia dinámica (Luria, 1966) y síndrome de aislamiento anterior (Benson & Geschwind, 1971) pero la denominación afasia trascortical motora ha sido más aceptada en la literatura occidental.

Se caracteriza por un lenguaje no fluido, buena comprensión y repetición normal o casi normal. La prosodia, la articulación, la gramática se encuentran preservadas. Sin embargo el paciente presenta latencias largas en la iniciación verbal, expresiones poco elaboradas y en ocasiones parafasias verbales.

Se asocia a una lesión en el territorio irrigado por la arteria cerebral anterior izquierda abarcando la sustancia blanca subcortical. Los signos neurológicos asociados varían también en dependencia del sitio preciso de la lesión.

Se pueden presentar dos tipos de afasia extrasilviana motora, la afasia extrasilviana Motora Tipo I, la cual se caracteriza por una ausencia o decremento

importante del lenguaje espontáneo, la comprensión es adecuada, sin embargo, pueden tener fallas en la comprensión de sintaxis compleja, la repetición siempre es buena; en ocasiones pueden presentar verdadera ecolalia, aunque usualmente corrigen afirmaciones gramaticalmente incorrectas y rechazan sílabas sin sentido y las oraciones absurdas. Este tipo de afasia ha sido asociada con lesiones anteriores y superiores al área de Broca.

Tabla 5
Características de la Afasia Extrasilviana Motora Tipo I
(Benson y Ardila, 1996)

Características básicas del lenguaje	
Lenguaje conversacional	Escaso, ecolálico
Comprensión del lenguaje	Relativamente normal
Repetición	Buena a normal
Señalar	Normal
Denominar	Ligeramente anormal
Lectura: En voz alta	Defectuosa
Comprensión	Frecuentemente buena
Escritura	Defectuosa
Signos neurológicos asociados	
Sistema motor	Relativamente normal
Disartria	Buena a normal
Perdida de sensibilidad cortical	Normal
Apraxia	Ligeramente anormal
Campo visual	Defectuosa
Agnosia visual	Frecuentemente buena

Fuente: Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Pag.84

Mientras que la afasia Motora Tipo II, presenta su etiología más frecuente en la oclusión de la arteria cerebral anterior, sin embargo, los tumores y las

etiologías traumáticas han sido también reportadas con características clínicas similares. Se presenta un periodo de mutismo que lleva a una afasia caracterizada por una incapacidad casi total para iniciar el lenguaje, en contraste con una repetición prácticamente normal, una comprensión conservada y ausencia de ecolalia.

Tabla 6

Características de la Afasia Extrasilviana Motora Tipo II

(Benson y Ardila, 1996)

Características básicas del lenguaje	
Lenguaje conversacional	Escaso con esfuerzo
Comprensión del lenguaje	Normal
Repetición	Buena a normal
Señalar	Normal
Denominar	Algunas parafrasis literales
Lectura: En voz alta	Defectuosa
Comprensión	Frecuentemente buena
Escritura	Lenta, con paragrafías
Signos neurológicos asociados	
Sistema motor	Hemiparecia inferior derecha
Disartria	Discreta
Perdida de sensibilidad cortical	Ausente
Apraxia	Ausente
Campo visual	Normal
Agnosia visual	Ausente

Fuente: Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Pag.86

- **Afasia Extrasilviana Sensorial**

Se asocia a una lesión en el territorio irrigado por la arteria cerebral posterior y media del hemisferio cerebral izquierdo. Comparte con las afasias extrasilviana motoras la característica de la buena conservación del lenguaje

repetitivo. El lenguaje conversacional es fluente, contaminado por una cantidad notoria de parafasias y con características de habla vacía. Se producen ecolalias, así como, estructuras sintácticas incorrectas, pseudopalabras y aún frases en otro idioma, se presenta tendencia a la logorrea. El nivel de comprensión es deficitario y en ocasiones prácticamente nulo. La lectura en voz alta puede estar conservada, pero la comprensión de lectura está seriamente alterada.

Tabla 7

Características de la Afasia Extrasilviana Sensorial (Benson y Ardila, 1996)

Características básicas del lenguaje	
Lenguaje conversacional	Fluente, parafásico, ecolálico
Comprensión del lenguaje	Defectuosa
Repetición	Normal
Señalar	Defectuoso
Denominar	Defectuoso
Lectura: En voz alta	Defectuosa
Comprensión	Defectuosa
Escritura	Defectuosa
Signos neurológicos asociados	
Sistema motor	Normal
Disartria	Ausente
Perdida de sensibilidad cortical	Ausente
Apraxia	Usualmente ausente
Campo visual	Normal o defectuoso
Agnosia visual	Usualmente leve

Fuente: Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Pag.88

Se han distinguido dos variantes de la afasia sensorial extrasilviana, la afasia Extrasilviana Sensorial Tipo I, la cual se caracteriza por un lenguaje fluido, pobre comprensión y adecuada repetición, se localiza en el área temporo-occipital. El daño en esa región ha sido siempre asociado con la presencia de un gran número de parafasias semánticas del lenguaje (Cappa et al., 1981). Mientras que

la afasia Extrasilviana Sensorial Tipo II, está asociada con cierta amnesia verbal que se manifiesta en un lenguaje fluido con pocas parafasias semánticas, comprensión relativamente adecuada, repetición excelente y fallas notorias en el encuentro de palabras.

- **Afasia Extrasilviana Mixta**

Ha sido denominada como síndrome de aislamiento del área del lenguaje o afasia transcortical mixta. Se asocia a una lesión que rodea al área perisilviana del hemisferio cerebral izquierdo y los límites de los territorios irrigados por las arterias cerebrales medias, anteriores y posteriores.

Solo se diferencia de una afasia global en que el lenguaje repetitivo se encuentra conservado. El paciente no presenta lenguaje espontáneo y su expresión está prácticamente reducida a la repetición de lo que oye (ecolalia). La articulación es clara, aunque su nivel de comprensión se encuentra gravemente alterado, en la mayoría de casos no existe ninguna evidencia de comprensión.

Tabla 8

Características de la Afasia Extrasilviana Mixta (Benson y Ardila, 1996)

Características básicas del lenguaje	
Lenguaje conversacional	No fluente con ecolalia
Comprensión del lenguaje	Severamente defectuosa
Repetición	Buena
Señalar	Defectuoso
Denominar	Defectuoso
Lectura: En voz alta	Defectuosa
Comprensión	Defectuosa
Escritura	Defectuosa
Signos neurológicos asociados	
Sistema motor	Variable, reflejos patológicos
Disartria	Usualmente ausente
Perdida de sensibilidad cortical	Usualmente ausente
Apraxia	Usualmente ausente
Campo visual	Normal defectuoso
Agnosia visual	Usualmente leve

Fuente: Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Pag.91

2.2.1.6 Evaluación del lenguaje en el paciente afásico

- **Lenguaje espontáneo**

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

Es la función humana que permite la comunicación entre individuos sociales mediante un sistema o códigos de signos interpretables por ellos y que se adquiere a lo largo de un aprendizaje particularmente largo. La adquisición del lenguaje es posible porque el desarrollo filogenético y ontogenético dotó al cerebro humano de unas estructuras cerebrales que son el sustrato biológico del

lenguaje. Por ello, el lenguaje supone un aspecto biológico individual y social.
(Miller, 1981)

El lenguaje espontáneo permite clasificar la afasia en fluente, es decir habla abundante, habla sin contenido, habla con palabras extrañas (parafasias); o en afasia no fluente, es decir habla escasa, agramatismo, pausas (Rodríguez, 2010).

Se evalúa la fluidez de la producción verbal, basándose en las características del lenguaje conversacional; incluye la producción provocada a preguntas relevantes que puedan requerir tanto respuestas cortas como largas, considera la proporción palabras de contenido / palabras funcionales, uso sintáctico y parafasias. (Hillis, 2007)

- **Comprensión**

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

La evaluación de esta dimensión permite comprobar la preservación de todas las funciones que intervienen en la comprensión, como la apraxia, agnosia, amnesia.

Se evalúa la capacidad del paciente para procesar la información auditiva. Es importante tener en cuenta que muchas veces las afasias se acompañan de apraxia, por lo que, para poder aplicar este ítem, es necesario que la capacidad de llevar a cabo movimientos voluntarios esté preservada.

Se realizan preguntas cerradas al paciente, quien debe responder sí o no en forma verbal o gestual. Así mismo, se le pide al paciente que realice órdenes de complejidad creciente. Cada pregunta u orden debe ser repetida completamente una sola vez, y sólo ser repetida de forma completa si el paciente lo requiere (en caso de déficit de atención grave).

Existe un conjunto de alteraciones que se deben tener en cuenta a la hora de valorar los resultados de las pruebas de comprensión ya que pueden interferir de forma negativa en su realización,. Estas son: déficit en la producción lingüística, afectación motora alteraciones en le reconocimiento visual, la memoria a corto plazo, entre otros. (Pino, 2006)

- **Repetición**

La repetición consiste en la reproducción oral, por parte del sujeto, de aquello que oye. Se trata de una imitación y supone capacidad para percibir el mensaje oral y reproducirlo. Por ser una reproducción, se requieren también estrategias para organizar el mensaje recibido de forma auditiva, de ahí que la capacidad repetitiva, en ausencia de comprensión auditiva, la consideremos como

una repetición rudimentaria, lo que tal vez ocurra en la afasia transcortical. (Borregón y González, 1993)

En la repetición de frases complejas suele estar implícita, además de la recepción auditiva, la discriminación, memoria auditiva y la capacidad de organizar semánticamente lo oído lo que permite observar las habilidades lingüísticas comprensivas y expresivas del sujeto.

“La repetición a pedido (en contraste con la imitación espontánea), es exactamente hablando, una capacidad metalingüística. Este método se puede utilizar para evaluar la fluidez del lenguaje, a causa de la estrecha relación entre la extensión y complejidad de las frases que las personas pueden repetir y las que espontáneamente emiten sin modelo (Brown y Fraser, 1964)”

La capacidad de repetir esta comprometida en algunos tipos de afasia y paradójicamente preservada en otras. A menudo el no poder repetir es proporcional al déficit de comprensión o fluidez, así la repetición es una manera fácil de “screening” para evaluar la afasia.

Tareas simples de repetición incluyen contar, evitando números que puedan ser repetidos por lenguaje automático, y repetición de palabras cortas. Tareas más difíciles incluyen palabras polisilábicas como “catarata”, frases como “si el entra, yo salgo”, o trabalenguas como ¡Esmerimelelo!

Se evalúa la replicación de palabras y frases cortas producidas por el evaluador. El propósito de incluir esta variable en esta batería es que añade un rasgo distintivo desde el punto de vista diagnóstico que ayuda a identificar la afasia de conducción y las afasias transcorticales.

Las personas que tienen problemas de repetición pueden omitir palabras, cambiar el orden de las palabras o producir parafasias. (Campbell, 2005)

- **Escritura**

Según Luria (1975), la escritura es una habilidad organizada y espontánea con un análisis consciente de los sonidos que lo forman y que al inicio es desplegado pero más tarde se transforma en un hábito automatizado complejo.

No se trata de un simple sistema de transcripción, sino que constituye un lenguaje completo e independiente de las otras dimensiones del lenguaje (Cassany, 1994)

Las personas con trastornos afásicos en la escritura también presentan trastornos afásicos en el habla ya sea en la denominación o por la presencia de parafasias; sin embargo, la escritura está preservada en aquellas personas con diagnóstico de disartria o de apraxia verbal. Generalmente las afasias de la escritura son más afectadas que el lenguaje oral o la comprensión de lenguaje

probablemente porque leer y escribir son habilidades que se aprendieron mas tarde. (Campbell, 2005)

Se evalúa la mecánica de los movimientos de la escritura, la evocación de los símbolos escritos para efectuarlos a través de diversos modos de estimulación, y la formulación de oraciones a partir de una lámina y a partir del dictado (análisis de la producción escrita del paciente).

- **Lectura**

La lectura es la capacidad de comprender símbolos escritos o impresos. El lenguaje escrito es percibido por el sistema visual y esa información es transmitida a las áreas perisilvianas. (Campbell, 2005)

Comprende dos operaciones importantes, primero el de la decodificación, que consiste en reconocer y traducir signos gráficos al lenguaje oral o a otro sistema de signos; y segundo el de la comprensión que consiste en la capacitación del sentido o contenido de los mensajes escritos. Por tanto, leer en voz alta o mecánicamente es una tarea diferente a la lectura comprensiva. La persona puede ser capaz de leer automáticamente pero tener dificultad con la comprensión de la lectura. (Guthrie, 1975)

Se evalúa la asociación palabra-dibujo, leer y ejecutar una orden simple, y la capacidad del paciente de completar oraciones con una tarea de elección múltiple de cuatro elementos. Alteraciones en las áreas del cerebro relacionadas al lenguaje escrito o alteraciones en las conexiones con el sistema visual pueden significar problemas de alexia o agrafia. Así mismo, es importante considerar la presencia de apraxia asociada al evaluar órdenes escritas como “levante la mano”.

2.3 Adaptación de los Test

La adaptación de un instrumento es el proceso que implica la revisión, la adaptación lingüística de las instrucciones y de los ítems de la prueba, si fuera el caso, para realizar luego el análisis de los ítems, determinar la validez y confiabilidad y elaborar los baremos correspondientes (Delgado et al., 2006)

La adaptación de los test, resulta ser un proceso complejo. Implica utilizar no sólo las palabras utilizadas al traducir la prueba, en el caso implique una traducción, sino también las variables culturales involucradas, pues es posible que para la sociedad de un país, cierta adaptación o traducción, tenga un significado mientras que para otro país el significado probablemente sea muy diferente. Por lo tanto, una correcta traducción, no asegura un significado unívoco (Mikulic, 2007)

Van de Vijver y Leung (1997) establecieron tres niveles de adaptación de las pruebas psicológicas. El primero corresponde al de la aplicación, este consiste simplemente en la traducción de un idioma a otro. Este método asume la equivalencia de constructo, y es el método más común y utilizado en diferentes

partes del mundo. La segunda alternativa es la adaptación; en este caso, a la traducción se le agrega la transformación, adicción o sustracción de algunos ítems de la escala original, ya que como se mencionó anteriormente, dependen mucho del significado a través de las culturas y por lo tanto requieren ser reestructurados o eliminados, así como también, ítems que no habían sido considerados en la versión original, pueden adaptarse mejor al constructo de la población en la cual se administrará la nueva versión. Finalmente, la opción ensamblaje, puede surgir al momento de adaptar el instrumento de evaluación; en este caso el instrumento original ha sido transformado tan profundamente que se convierte prácticamente en un instrumento original con nuevos elementos. Esto se lleva a cabo cuando mucho de los ítems del test original, son inadecuados para representar el constructo a medir. El ensamblaje se da también cuando el constructo no está representado de forma adecuada en la versión original es la cultura a la que se quiere adaptar la prueba.

Una vez adaptada la prueba, es necesario realizar un estudio para establecer si esta adaptación es equivalente a la original. Una vez revisados los datos, se procederá al análisis correspondiente que identificará la existencia del funcionamiento diferencial de los ítems.

2.3.1 Validez

La validez se ha definido tradicionalmente como el grado en que una prueba mide lo que decide medir, es decir, la eficacia de una prueba para

representar, describir o pronosticar el atributo que le interesa al investigador (Ugarriza, 1998)

Así la validez de un instrumento se evalúa sobre la base de tres tipos de evidencia por lo que entre mayor sea la evidencia que tenga un instrumento de medición, este se acerca más a la variable o variables que pretende medir.

La validez de contenido indica si los ítems de una prueba constituyen una muestra representativa del universo de contenido que se estudia (Delgado, et al., 2006), este tipo de validez consiste en la comparación sistemática de los ítems estudiados con el dominio o contenido a evaluar.

La validez se puede establecer de dos formas, primera consiste en estudiar de manera lógica y racional los ítems explicando el porqué se incluyen en la prueba; y la segunda se evalúa con ayuda de un grupo de jueces expertos los que evalúan que el grado en que los reactivos concuerden con los planteamientos del constructor del instrumento, siendo denominada esta técnica como el criterio de jueces (Escorra, 1988). Esta modalidad, es la más común para realizar la validez de contenido, se calcula por medio de la prueba binomial u calculado el coeficiente de validez de Aiken, este coeficiente se computa como la razón de un dato obtenido sobre la suma máxima de los valores posibles, puede ser calculado sobre las valoraciones de un conjunto de jueces con relación a un mismo ítem. Así mismo las valoraciones asignadas pueden ser dicotómicas (recibir valores de 0 o 1) o politómicas (recibir valores de 0 a 5). Se utiliza la siguiente fórmula:

$$V = \frac{S}{n(c-1)}$$

Siendo:

S= La sumatoria de los valores asignados por el juez

n= Número de jueces

c= Número de valores de la escala de valoración

Este coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1, a medida que sea más elevado el valor computado el ítem tendrá una mayor validez de contenido.

2.3.2 Confiabilidad

La confiabilidad se refiere a la consistencia de los resultados. Se espera que los resultados de un cuestionario concuerden con los resultados del mismo cuestionario en otra ocasión. O en el caso de la batería Bedside de Lenguaje si dos o más evaluadores evalúan al mismo paciente se espera que obtengan puntuaciones semejantes.

Necesitamos la confiabilidad para poder hablar de resultados válidos. Sin embargo, un cuestionario puede ser confiable pero no medir lo que se espera que mida. Entonces, la confiabilidad indica el grado de consistencia del instrumento más no nos asegura que las inferencias que se hagan de los resultados de dicho cuestionario sean acertados.

La mejor manera de estimar la confiabilidad de un instrumento es tomando dos grupos de medidas en similares condiciones y después comparar los resultados. Pero esto no siempre es posible, por lo que la función principal de los estudios de confiabilidad es minimizar el efecto de todas las condiciones que harían la toma de medidas diferentes en las dos ocasiones que se realicen.

Según la Teoría Clásica de los Tests (TCT) (Muñiz, 1998) se sabe que toda puntuación que se obtiene al medir un objeto físico o psicológico lleva implícitamente a un error; se dice que toda puntuación que se obtiene en una batería está formada por dos componentes que son la puntuación “verdadera” y el “error” aleatorio.

Kerlinger (2002) informa que la puntuación verdadera es “el valor promedio de un número grande de administración de una prueba a la misma persona”. Un individuo logrará la puntuación verdadera si se contralan todas las condiciones internas y externas y completa el instrumento de manera perfecta. Lo cual no es posible porque en toda medición hay un error de medición implícito.

En un test psicométrico, como el nuestro, la falta de confiabilidad está en relación con la intervención del error. El error es algo irrelevante que está influyendo en los resultados de la medición dándole una menor confiabilidad al instrumento. El error puede ser de dos tipos: error constante o sistemático y error causal (al azar) o no sistemático (Aliaga, 2007).

El error constante se produce cuando las mediciones que se obtienen con una escala son sistemáticamente mayores o menores de lo que deben ser en realidad. Error causal sucede cuando las medidas son alternadamente mayores o menores de lo que en realidad deben ser. Este es el error que tiene más efecto en la confiabilidad de un test psicométrico. Este error tiene que ver con la fatiga, salud, motivación, cambios en la memoria, tensión emocional, condiciones externas de ventilación, luz, distracciones, familiaridad con la prueba, que presenta el examinado al momento de aplicársele la evaluación (Brown, 1980).

Existen varias maneras para estimar el coeficiente de confiabilidad, tres de las más conocidas son:

- El método de test-retest: este método requiere la aplicación del mismo test dos veces en un lapso moderado de tiempo. Estas dos distribuciones de puntajes se correlacionan y el coeficiente obtenido representaría una estimación de la confiabilidad del instrumento (Anastasi, 1976). Este método muestra hasta donde los puntajes obtenidos en la reaplicación de un instrumento pueden ser generalizados a través del tiempo. Mientras mayor sea la confiabilidad, menor posibilidad de que los puntajes sean modificados por situaciones “internas” o “externas” como fatiga del examinado, situación emocional, ruidos o cualquier otro distractor.
- El método de las formas equivalentes: este método requiere la aplicación de dos formas equivalentes o paralelas del test al mismo grupo de individuos, y

ambos puntajes se correlacionan con el coeficiente producto-momento de Pearson (r). (Aliaga, 2007). El test tiene que ser similar en cuanto al contenido, instrucciones, límite de tiempo e ilustraciones.

- El método de la confiabilidad de consistencia interna: Este método consiste en determinar el grado de homogeneidad que tienen los ítems de un test. Si los ítems tienen una correlación positiva dicho test será homogéneo. Por tanto podemos definir homogeneidad como la consistencia en la ejecución de todos los ítems de un test (Anastasi, 1976). En esta adaptación se utilizaron dos procedimientos para estimar la confiabilidad de consistencia interna: (a) El coeficiente Alfa de Crombach y (b) División por mitades, de Spearman-Brown.

2.3.3 Baremo

Es la escala de valores que se emplea para evaluar los elementos o características de un conjunto de personas o cosas. Los baremos consisten en asignar a una posible puntuación directa un valor numérico, en una determinada escala, que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa (y por lo tanto la persona que la obtiene) en relación con los que obtiene personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas. Los baremos pueden ser cronológicos, referidos a edad mental y cociente intelectual; centiles o percentiles; y de puntuaciones típicas, referidos a estándares, normalizadas, escalas, estatinos o eneatis. Lo más usual en las pruebas comercializadas es encontrar baremos realizados en escalas centiles o estatinos.

2.4 Definiciones

- **Adaptación**

La adaptación es la acción y efecto de adaptar o adaptarse; el término hace referencia a acomodar o ajustar una cosa a otra. La adaptación científica, esta referida a lograr que esta pueda ser difundida entre un público distinto de aquel al cual iba destinada o a través de una forma distinta a la original.

- **Baremo**

También llamado tabla de normas, es una tabla que sistematiza las normas que transmutan los puntajes directos en puntajes derivados susceptibles de interpretación estadística. (Aliaga, 2007)

- **Confiabilidad**

La confiabilidad se refiere a la precisión con que un test mide lo que pretende; es una probabilidad que puede ser calculada o estimada. Puede ser enfocada como el grado de homogeneidad de los ítems de un instrumento en relación con la característica que pretende medir. Cualquier instrumento de medición puede presentar cierto grado de imprecisión, es decir la medición puede variar ligeramente respecto al resultado verdadero. El término confiabilidad, es equivalente a los de estabilidad y predictibilidad.

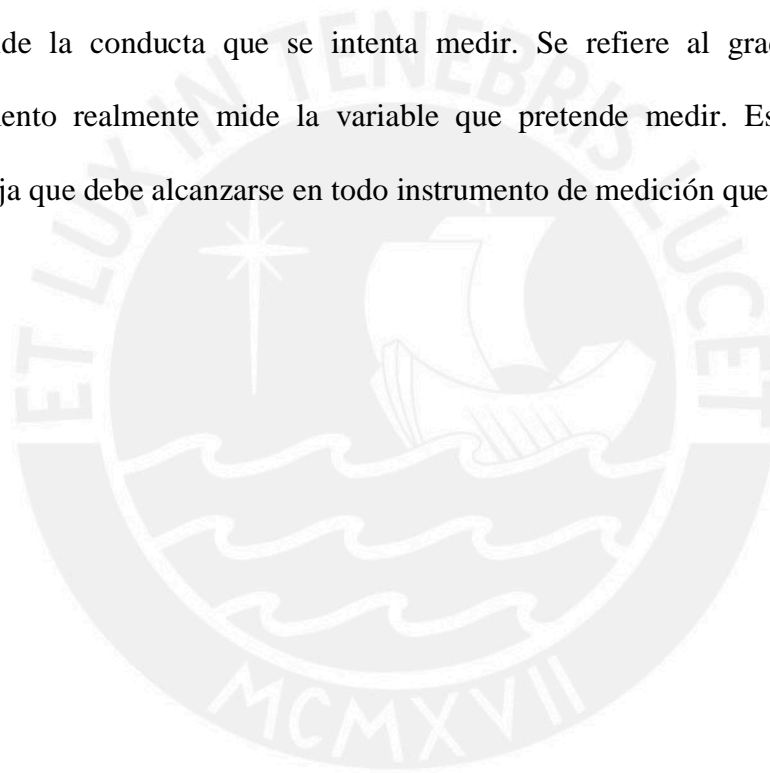
- **Cuestionario**

El cuestionario, es un instrumento de investigación que se utiliza preferentemente en el desarrollo de investigaciones en el campo de las ciencias

sociales. Es una técnica ampliamente aplicada en la investigación cualitativa. Su construcción, aplicación y tabulación posee un alto grado científico y objetivo pues implica controlar una serie de variables. En conclusión, es un medio útil y eficaz para recoger información en un tiempo breve.

- **Validez**

La validez de una prueba, se determina de acuerdo con la extensión con que mide la conducta que se intenta medir. Se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Es una cuestión compleja que debe alcanzarse en todo instrumento de medición que se aplica.



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de investigación

La presente investigación es de un enfoque cuantitativo. La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables para determinar la asociación o relación entre ellas (Strauss, 1987).

En términos generales, la investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables para generalizar y objetivizar los resultados a través de una muestra. Posteriormente se puede llegar a la conclusión de por qué las cosas suceden o no de una forma determinada en la población de la cual procede dicha muestra.

3.2 Tipo de investigación: correlacional de tipo psicométrico

La presente investigación es de tipo psicométrico y en tal sentido, según Alarcón (1991), es correlacional en su estado natural, ya que se determinan correlaciones entre los ítems y otras configuraciones matemáticas normalmente usadas en la Teoría clásica de los Test (TCT) (Muñiz, 1998) que es un modelo de medición que respalda los procesos psicométricos. Se buscó la adaptación lingüística y psicométrica de la batería Bedside de lenguaje. En consecuencia, se tomaron medidas de las variables para detectar si pacientes entre los 18 y 89 años de edad, con lesiones neurológicas, eran afásicos o no.

3.3 Diseño

Es un diseño transversal porque sólo se evaluaron a pacientes afásicos una sola vez y no se realizó seguimiento posterior. En términos generales el propósito de este diseño es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2000). En nuestro caso, además, se realizaron algunas comparaciones en la muestra segmentada en grupo de edad para inferir si los resultados de la prueba eran influidos por la edad.

3.4 Población

La población objetivo (Sánchez y Reyes, 2006) la constituyeron los pacientes afásicos en etapa aguda, que se encontraban dentro del periodo de 0 a 2 años luego de haber sufrido el daño cerebral, en algunos hospitales ubicados en Lima y Callao.

La Población accesible (Sánchez y Reyes, 2006) estuvo constituida por pacientes que se atendieron en los hospitales en los cuales realizamos el estudio, en este caso el Instituto Nacional de Rehabilitación del Callao, el Hospital Nacional Dos de Mayo, el Hospital Geriátrico de la Policía y el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

La muestra estuvo conformada por los pacientes afásicos que se atendieron en los hospitales de la población accesible durante un periodo de seis meses. En este sentido fueron seleccionados para el estudio definitivo aquellos que cumplieron con las siguientes características: que se encontraban entre los 18 y 89 años, que tenían una instrucción mínima de cuarto grado de primaria, que respondieran a los diferentes reactivos del instrumento de observación, es decir la batería Bedside, y que aceptaron a través del consentimiento informado la aplicación del test. Se excluyeron pacientes inconscientes, inestables que se encontraban en la Unidad de Cuidados Intensivos, que tenían antecedentes de Alzheimer, o que padecían de demencia senil.

3.5 Tipo de muestreo

Es no probabilístico en su modalidad muestreo por conveniencia. Se seleccionaron 100 pacientes de manera intencionada ya que se hizo una selección deliberada de la muestra (Cazau, 2002). La muestra fue intencionada porque era imposible tener acceso a toda la población de pacientes afásicos en todos los hospitales de Lima Metropolitana.

En cuanto a la edad de la población con posibilidad de afasia se tiene desde los 23 hasta los 85 años. Llama la atención que la mayoría (14) son pacientes menores de 70 años que están en edad de trabajar lo que hace que se limiten al máximo sus actividades laborales.

A continuación se detalla la muestra considerando distintas variables de número de pacientes, edad y sexo.

Figura 1

Características generales de la muestra

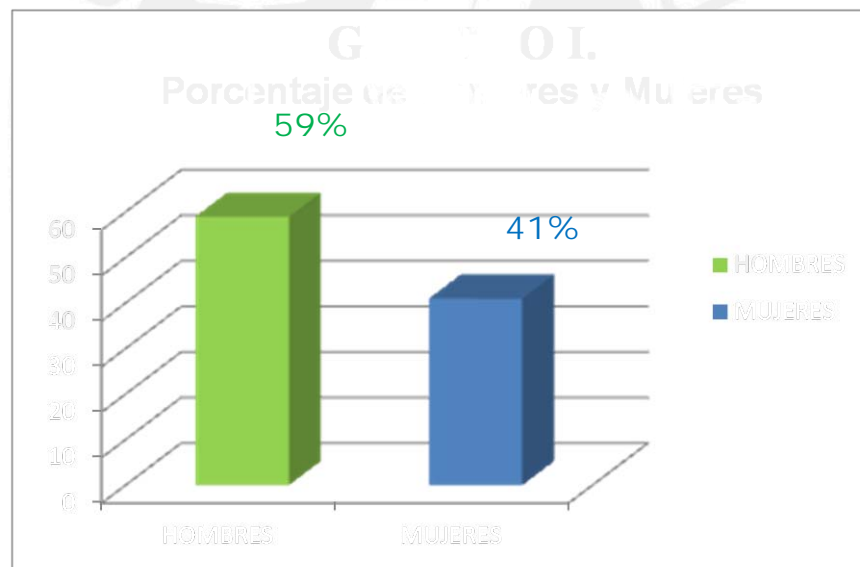


Figura 2

Distribución de muestra según edad y sexo

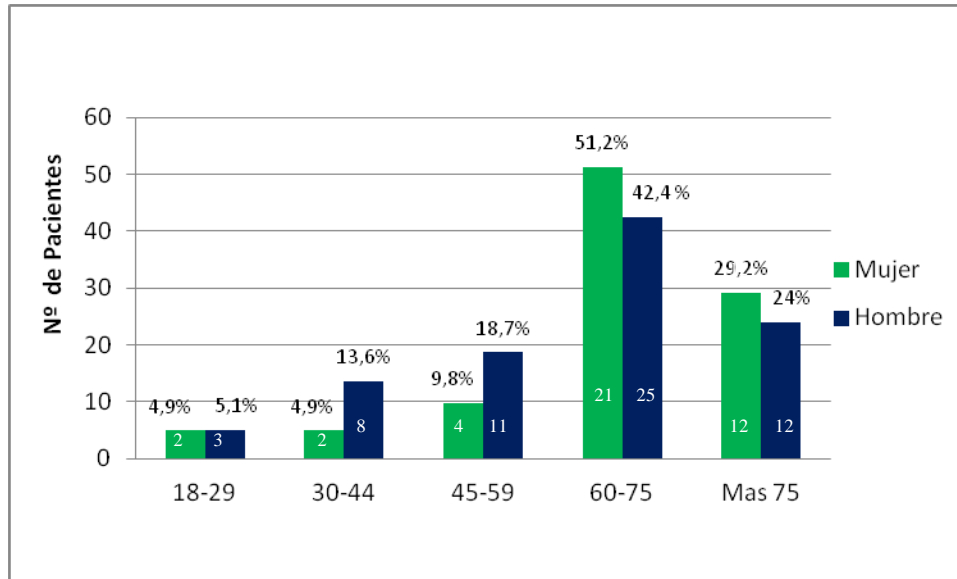
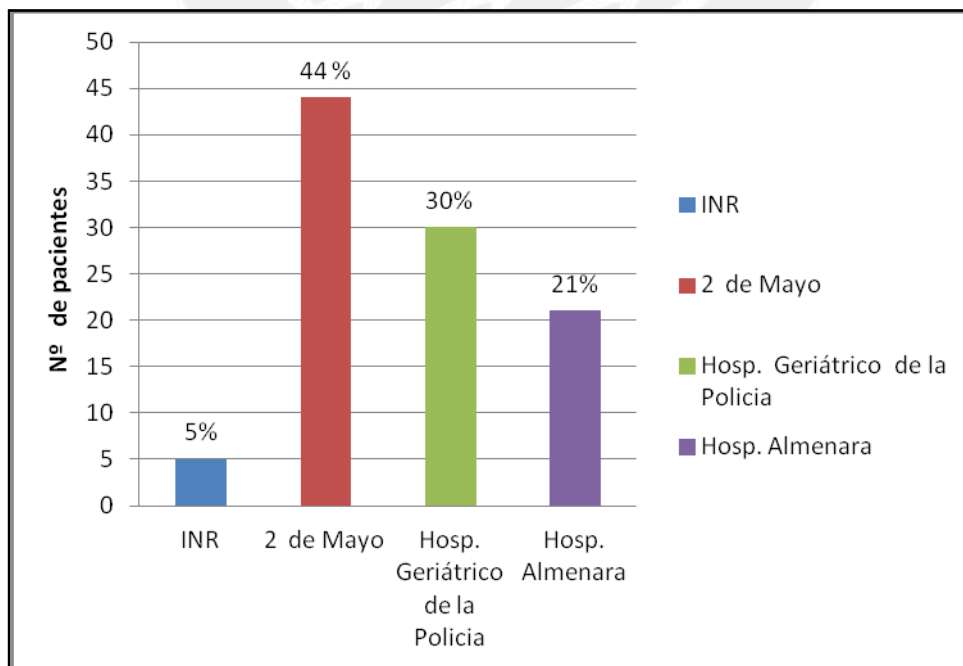


Figura 3

Distribución de muestra según hospitales



3.6 Instrumento

Se utilizó la batería Bedside de Lenguaje que es un instrumento de cribaje (screening) diseñado para el idioma español argentino, por lo que se hizo la adaptación lingüística al español peruano. Esta batería sirve para la detección de afasias tras una lesión cerebral y es de rápida y simple aplicación al pie de la cama (menos de 15 minutos), que pueden utilizar médicos o especialistas de lenguaje.

La batería Bedside de lenguaje evalúa cinco dominios lingüísticos: Lenguaje espontáneo, Comprensión, Repetición, Escritura, Lectura. La puntuación máxima obtenible es 26, es de fácil corrección, con puntos de corte bien establecidos, y ofrece una excelente especificidad para la detección de la afasia y una buena correlación con pruebas formales como el Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia.

3.6.1. Ficha técnica

Nombre	Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: 'Bedside de lenguaje'. Utilización en un centro de rehabilitación.
Autor / Año	L. Sabe, M.J. Curtis, M.M. Saavedra, V. Podrán, M. de Lujan-Calcano, S. Melian. De: 2008
Procedencia	Buenos Aires, Argentina
Adaptación	Pamela Consuelo Quintana Vicente Jair Emmanuel Gensollen Durand
Año de Adaptación	2011

Aplicación	Individual
Ámbito de aplicación	Pacientes de 18 a 89 años de edad
Duración	Aproximadamente 10 minutos
Materiales	Láminas, cartillas de palabras, lápiz, papel, letras móviles, números móviles.
Finalidad	Cubre y detecta la sintomatología necesaria para diagnosticar la afasia en sus estadios iniciales, agudos y graves.

3.6.2. Descripción del instrumento

La batería Bedside está conformada por 19 ítems agrupados en cinco escalas correspondientes a Lenguaje espontáneo, Comprensión, Repetición, Escritura y Lectura. Cada ítem es valorado entre 0 y 3 puntos con un total máximo de 26 puntos.

- La escala de lenguaje espontáneo, evalúa tres ítems, con un puntaje máximo de 5 puntos. Identifica las dificultades en la producción del habla, la mala articulación, la ausencia de palabras funcionales y la disminución o reducción de fonemas que son síntomas típicos de una afasia no fluente.
- La escala de Comprensión, evalúa cinco ítems; se constituye en dos preguntas que requieren como respuesta si/no y tres órdenes de dificultad creciente, puede alcanzar un total de 6 puntos. En este ítem se puede observar si

hay dificultades de comprensión auditiva o la existencia de déficit en el sonido o la estructura de la palabra.

- La escala de Repetición, evalúa cinco ítems, consiste en repetir dos palabras aisladas y tres frases simples, con un máximo de 5 puntos. Lo cual nos posibilita observar la presencia o ausencia de afasias transcorticales versus afasias de conducción.
- La escala de Escritura, evalúa 3 ítems con un máximo de 5 puntos. Se basa en examinar la mecánica de los movimientos de la escritura, evocar los símbolos escritos para realizarlos a través de diferentes modos de estimulación, y la formación de oraciones a partir de una lámina y dictado.
- La escala de Lectura, consta de tres ítems, con un máximo de 5 puntos. Consiste en asociar una palabra con un dibujo, la lectura de un texto y la ejecución de una orden simple, así como la lectura de dos párrafos sencillos con opciones múltiples. Entonces, se comprueba si el déficit que se presenta en el lenguaje articulado también está presente en la lectura.

Cada escala permite registrar puntuaciones cuyo análisis se hace convirtiendo estos puntajes en valoraciones que están diferenciados en 5 tipos de afasias: Anómica, Broca, Transcortical Sensorial y Motora (TCS/M), Wernicke, y Global. Permitiendo asimismo obtener un perfil de resultados.

3.6.2.1. Origen de la prueba

La batería Bedside de lenguaje se desarrolló en Buenos Aires, Argentina, en el centro de rehabilitación del instituto de investigaciones neurológicas Raúl Carrea (FLENI) en el año 2008. Los autores son L. Sabe, M.J. Courtis, M.M. Saavedra, V. Podrán, M. de Lujan- Calcagno y S. Melian.

Esta prueba es de aplicación individual y el tiempo que demora en tomarla al paciente es de aproximadamente diez minutos. Es una herramienta rápida y sensible a los cambios que se producen en los primeros días tras una lesión cerebral, lo que permitirá una rehabilitación adecuada del lenguaje.

3.6.2.2. Propósito de la prueba

El principal objetivo de la prueba es presentar un instrumento corto y sensible de rastreo o cribado, aplicable al pie de la cama y diseñado para el idioma español, con el propósito de diagnosticar la posibilidad de la presencia de afasia en los pacientes con lesión cerebral.

3.6.3. Confiabilidad y validez

La batería Bedside demuestra una excelente confiabilidad (coeficiente Alfa de Crombach) para evaluar la consistencia interna: 0.9419; la sensibilidad fue del 79.3% y la especificidad del 84.4%. Se entiende por confiabilidad a la capacidad de un test para demostrar estabilidad y consistencia en sus resultados y por lo que un test es confiable si cuando lo aplicamos dos o más veces a un

mismo individuo, en circunstancias similares, obtenemos resultados análogos o similares.

Para calcular la confiabilidad de un test podemos aplicar el procedimiento de "test-retest", donde el mismo test es aplicado a un individuo, en dos oportunidades, luego de un corto intervalo, y el coeficiente de correlación obtenido nos demuestra la seguridad y precisión del test. (Coeficiente de confiabilidad)

Para determinar la validez de la batería Bedside se evaluó mediante el coeficiente de Crombach. Se utilizó el Western Aphasic Battery (WAB) como base, a fin de establecer la validez concurrente entre ésta y la prueba en estudio. En la evaluación de la validez predictiva y concurrente se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman y el coeficiente de correlación lineal de Pearson entre la puntuación de la batería Bedside y la de la WAB.

La validez de contenido ha sido definida como el grado en que los ítemes que constituyen la prueba son una muestra representativa del dominio de contenido que se mide. Esta forma de validez se ha determinado mediante la comparación sistemática de los ítemes de la prueba con el dominio de contenido estudiado, este análisis es factible de ser llevado a cabo de dos formas, la primera consiste en estudiar de manera lógica los ítemes aclarando el por qué se incluye a

la prueba; y la segunda en la cual con la ayuda de un grupo de cinco jueces competentes y calificados se evalúa el grado en que las órdenes a ejecutar por los pacientes afásicos concuerdan con los planteamientos del constructo del instrumento, siendo denominada esta técnica como el criterio de jueces (Escurra, 1988).

La validez de constructo o de concepto es esencial cuando se tienen variables cualitativas pero no se tienen buenos criterios, se utiliza sobre todo para medidas y variables psicosociales. Los conceptos no se miden, se miden los indicadores de la definición operativa. La validez de constructo examina hasta qué punto el indicador o la definición operativa mide adecuadamente el concepto.

3.7 Variables

La variable de estudio de la investigación es el lenguaje, esta variable incluye cinco dimensiones que corresponden a la batería Bedside de Lenguaje para la evaluación de la afasia, éstas son lenguaje espontáneo, comprensión, repetición, escritura, lectura.

3.8 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se visitaron centros hospitalarios alrededor de Lima Metropolitana que fueron: Hospital Almenara, Hospital Dos de Mayo, Hospital Geriátrico de la Policía e Instituto Nacional de Rehabilitación. Luego de pasar por un proceso de identificación personal, como el centro educativo de procedencia, tipo de maestría, año de estudios y el título de la investigación con su

respectivo plan de tesis; se presentó una solicitud al Director General, Dirección de Docencia y a los Jefes del Departamento Clínico, y una vez finalizado con este proceso cuando se dio la autorización se empezaron a realizar las evaluaciones.

Las evaluaciones se realizaron previa explicación al familiar del paciente y lectura del consentimiento informado y además se consultó al personal de salud de turno acerca del número de pacientes con lesiones cerebrales como accidente cerebro vascular (ACV), traumatismo encefalocraneano (TEC) y/o tumor cerebral.

En todo momento se verificó que los pacientes cumplieran con los criterios de inclusión, es decir con un diagnóstico de lesión cerebral, que supieran leer y escribir, con una escolaridad mínima de cuarto año de primaria y una edad entre 18 y 89 años.

Antes de empezar la evaluación se le preguntaba al paciente o familiar “¿cuando sufrió la lesión cerebral?”, a fin de corroborar que los pacientes cumplieran con los criterios para el estudio. Luego le informábamos al paciente o familiar el propósito del estudio y posteriormente le hacíamos firmar un Consentimiento Informado donde se le aseguraba que su información personal iba a permanecer confidencial y que posteriormente se le harían llegar los resultados. En todos los casos, se le pidió a un familiar que diera su autorización. Una vez corroborada la participación del paciente, se continuó con la evaluación.

Para la evaluación se aplicó la batería Bedside de lenguaje adaptada a la realidad peruana. La evaluación fue realizada en forma individual, al pie de la cama y en compañía de un familiar. Se intentó aplicar la evaluación en un lugar tranquilo y con mínimos distractores. La duración de la evaluación fue en promedio 15 minutos. Una vez evaluados todos los pacientes se contabilizaron y valoraron todas las repuestas obteniéndose el puntaje total de la batería Bedside de lenguaje.

3.9 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El paquete estadístico usado fue el SPSS, versión 15. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron pruebas no paramétricas. La prueba U de Mann Whitney para las comparaciones y el rho de Spearman para las correlaciones.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

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

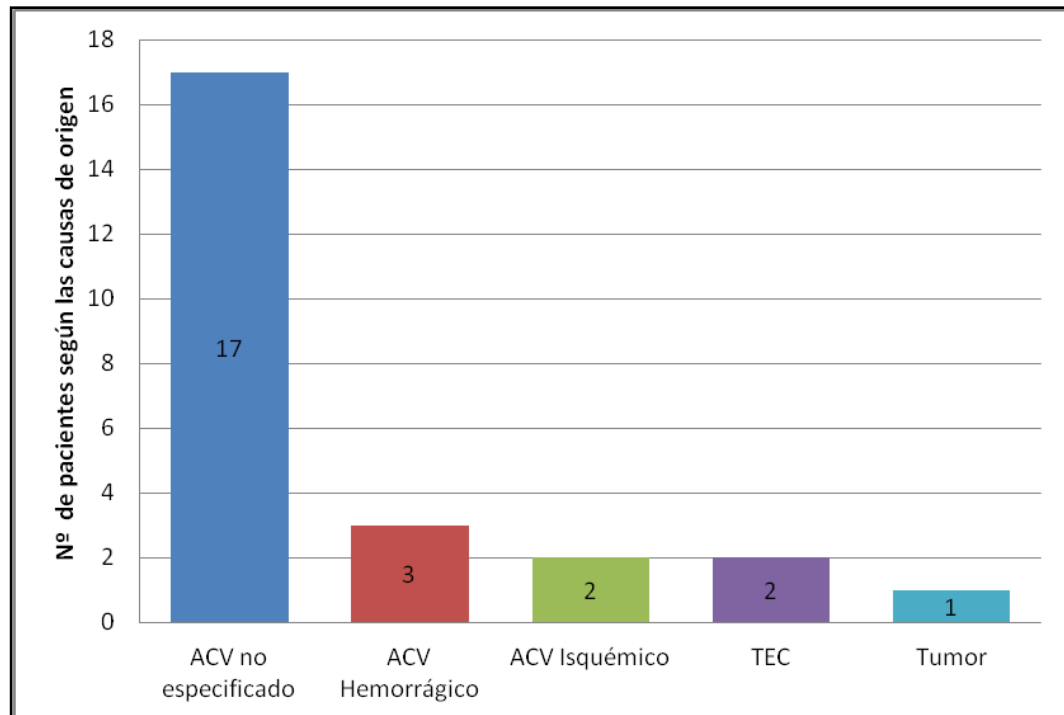
4.1 Análisis de los casos

De la totalidad de los casos (100 casos) 25 pacientes obtuvieron 10,5 a menos de puntaje, este puntaje alcanzado en el Test Bedside, genera la posibilidad diagnóstica de afasia (como se indica también en los baremos – pag.95)

A continuación se hará el análisis de los 25 casos:

Figura 4

En cuanto a la etiología



Leyenda: ACV : accidente cerebro vascular

TEC: traumatismo encéfalo craneano

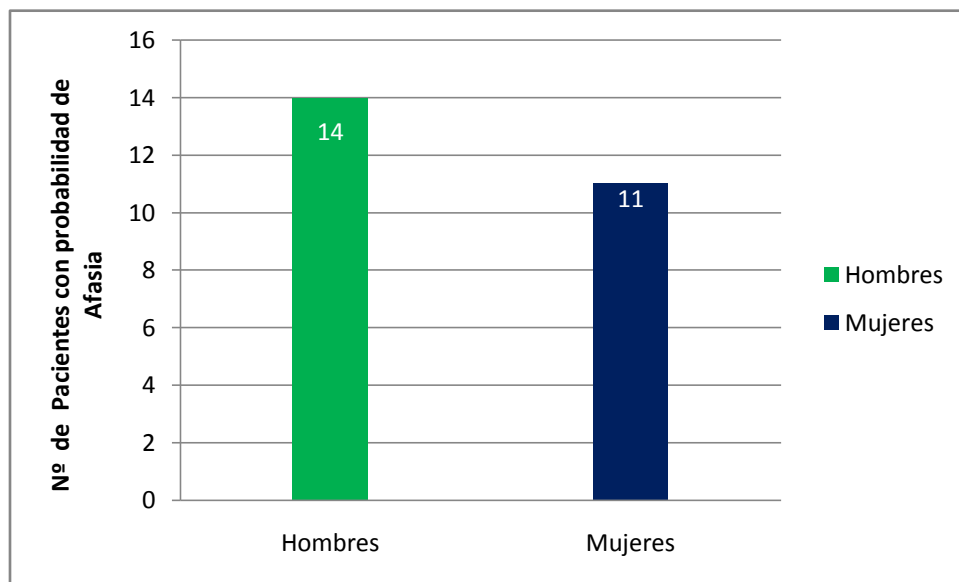
- 17 casos con antecedente de Accidente Cerebro Vascular (no se ha especificado el tipo).
- 2 casos en los que se especificó como causa ACV isquémico.
- 3 casos en los que se especificó como causa ACV hemorrágico.
- 2 casos con antecedente de traumatismo encéfalo craneano.
- 1 caso con antecedente de tumor cerebral.

Estos datos corroboran lo mencionado por la Dra. Blanca Flores en el Manual de Medicina Humana: Las afasias, conceptos clínicos (2002), quien

menciona que la causa más frecuente de afasias son justamente los accidentes cerebro - vasculares.

Figura 5

En cuanto al sexo

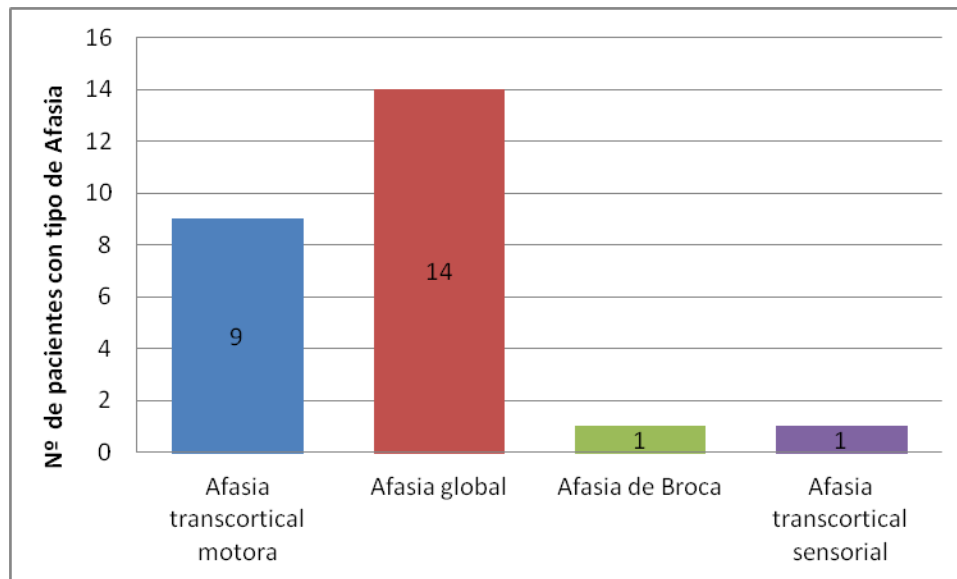


- 11 pacientes de sexo femenino
- 14 pacientes de sexo masculino

Lo cual corrobora lo mencionado en el Análisis de la discapacidad en Perú (MINSA – INR, 2007) el cual indica que no existe diferencia marcada en relación al género. (Como se indica en los datos estadísticos - pag. 32)

Figura 6

En cuanto al tipo de afasia



De acuerdo a las respuestas, se ha realizado un acercamiento para definir el tipo de afasia encontrándose: 9 con afasia transcortical motora, 14 con afasia global, 1 con afasia de Broca, 1 paciente con afasia transcortical sensorial.

Teniendo en cuenta que se evaluaron pacientes en etapa aguda y aún hospitalizados se explica que el tipo de afasia sea de tipo global, el tipo más severo.

4.2 Validez

El análisis de la validez de contenido se llevó a cabo mediante el método de criterio de jueces obteniéndose la V de Aiken para todos los ítems de las dimensiones de la prueba.

Para la adaptación de la batería Bedside de lenguaje, validada y utilizada en Argentina para la evaluación de pacientes con afasia, se procedió a contactar a la autora de la Batería Bedside de Lenguaje, la Dra. Liliana Sabe, quien tuvo la gentileza de proporcionarnos información concerniente a la prueba. Se analizaron los ítems de la prueba, se efectuaron algunos cambios en el aspecto lingüístico, para que la batería pueda ser aplicada a nuestra realidad.

Posteriormente se sometió la prueba Bedside de Lenguaje a su validación de contenido por medio de la colaboración de un equipo de seis especialistas, todos profesionales conocedores del tema, expertos en las áreas de neurología, neurolingüística, psicología y terapia de lenguaje quienes emitieron su opinión por medio de respuestas cerradas, así como escribiendo las observaciones que creyeron convenientes.

Se confeccionó un balotario en el cual se describieron las cinco dimensiones que abarca la Batería Bedside de Lenguaje: Lenguaje espontáneo (LE), comprensión (CO), repetición (RE), escritura (ES) y lectura (LC).

Se le solicitó a los seis jueces que analizaran la información marcando “SI” o “NO” para cada ítem de cada dimensión respecto al procedimiento, uso de tarjetas y láminas, el tiempo que se le brinda al paciente entre pregunta y respuesta, adaptaciones lingüísticas a la realidad peruana y puntuación. También

se les pidió que evalúen el uso de material apropiado como lápiz y papel, laminas a colores y la utilización de letras o números móviles.

Finalmente, luego de analizar la opinión de cada juez se procedió al vaciado de la información, donde se marcó la valoración dada a cada ítem anotando uno (1) por “SI” ó cero (0) por “NO”.

Se observó que los seis jueces estuvieron de acuerdo con todos los ítems por lo cual, como se observa en la tabla 9, se obtuvo un V de Aiken de 1.0 en cada ítem, lo que demuestra que la prueba Bedside de lenguaje tiene una alta validez de contenido, no se tuvo que eliminar ningún ítem.

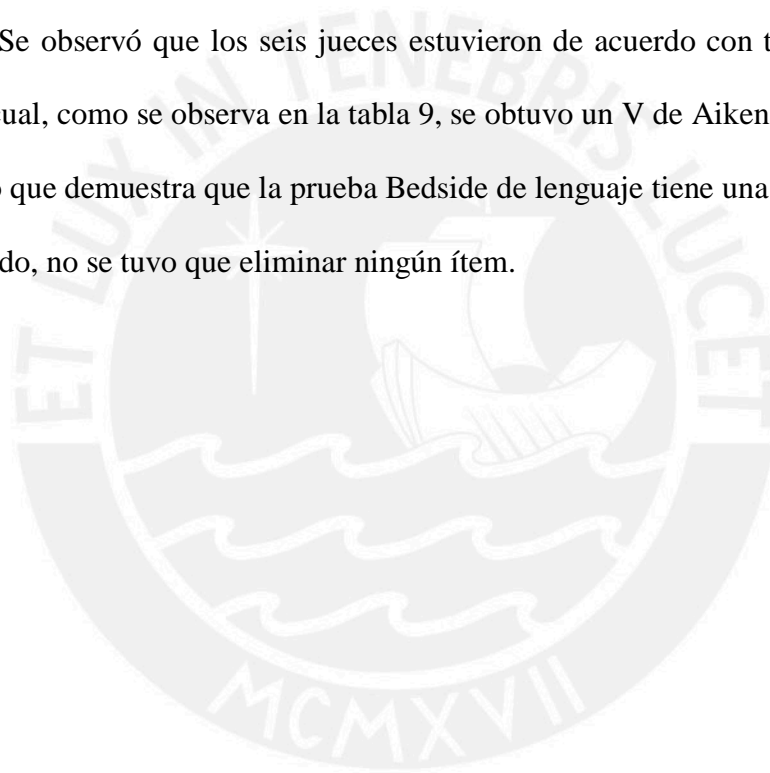


Tabla 9

Análisis de la validez de contenido por criterio de jueces

JUECES EXPERTOS		Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6			
		SI	SI	SI	SI	SI	SI	TOTAL	V de Aiken	Observaciones
LENGUAJE ESPONTANEO	Le 1	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Le 2	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Le 3	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
COMPRENSIÓN	Co 1	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Co 2	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Co 3	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Co 4	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Co 5	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
REPETICIÓN	Re 1	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Re 2	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Re 3	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Re 4	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Re 5	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
ESCRITURA	E 1	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	E 2	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	E 3	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
LECTURA	Lc 1	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Lc 2	1	1	1	1	1	1	6	1.0	
	Lc 3	1	1	1	1	1	1	6	1.0	

La validez de constructo, se analizó mediante el análisis Item – Test en cada una de las áreas evaluadas en el Bedside de Lenguaje.

Tabla 10

Análisis Item – Test

Item Test	Rho	Sig
Leng Esp 1	0,595	0,000
Leng Esp 2	0,567	0,000
Leng Esp 3	0,743	0,000
Comprensión 1	0,654	0,000
Comprensión 2	0,641	0,000
Comprensión 3	0,589	0,000
Comprensión 4	0,764	0,000
Comprensión 5	0,732	0,000
Repetición 1	0,601	0,000
Repetición 2	0,638	0,000
Repetición 3	0,671	0,000
Repetición 4	0,679	0,000
Repetición 5	0,645	0,000
Escritura 1	0,738	0,000
Escritura 2	0,793	0,000
Escritura 3	0,810	0,000
Lectura 1	0,699	0,000
Lectura 2	0,749	0,000
Lectura 3	0,720	0,000

Los ítems correlacionan de manera directa y altamente significativa con el test, siendo todos los ítems altamente significativos, como se observa en la tabla 10; se tiene así que el ítem con la correlación menos elevada es el correspondiente al segundo lenguaje espontáneo ($\rho=0.567$, $p<.001$) y el ítem con la correlación más elevada el correspondiente al tercer ítem de escritura ($\rho=.0810$; $p<.001$). Todos los ítems son altamente significativos, y son componentes del test, es decir, que todos los ítems aportan a la evaluación.

Tabla 11

Análisis Ítem – Área Lenguaje Espontáneo

Item Área	Rho	Sig
Leng Esp 1	0,620	0,000
Leng Esp 2	0,755	0,000
Leng Esp 3	0,949	0,000

Los ítems correlacionan de manera directa y altamente significativa con el puntaje del área del lenguaje espontáneo, siendo el ítem con el menos elevado coeficiente de correlación el primer ítem ($\rho=0.620$; $p<.001$), y el ítem con el más elevado coeficiente de correlación el tercer ítem ($\rho=0.949$; $p<.001$), como se observa en la tabla 11. Todos los ítems del área lenguaje espontáneo colaboran con dicha área y son pertinentes a ella.

Tabla 12

Análisis Ítem – Área Comprensión

Item Área	Rho	Sig
Comprensión 1	0,724	0,000
Comprensión 2	0,731	0,000
Comprensión 3	0,678	0,000
Comprensión 4	0,836	0,000
Comprensión 5	0,918	0,000

Los ítems correlacionan de manera directa altamente significativa con el puntaje del área de comprensión, siendo el ítem con el menos elevado coeficiente

de correlación el tercer ítem ($\rho=0.678$; $p<.001$), y el ítem con el más elevado coeficiente de correlación el quinto ítem ($\rho=0.918$; $p<.001$), como se observa en la tabla 12. Todos los ítems del área comprensión colaboran con dicha área y son pertinentes a ella.

Tabla 13

Análisis Ítem – Área Repetición

Item Área	Rho	Sig
Repetición 1	0,651	0,000
Repetición 2	0,703	0,000
Repetición 3	0,760	0,000
Repetición 4	0,800	0,000
Repetición 5	0,942	0,000

Los ítems correlacionan de manera directa altamente significativa con el puntaje del área repetición, siendo el ítem con el menos elevado coeficiente de correlación el primer ítem ($\rho=0.651$; $p<.001$), y el ítem con el más elevado coeficiente de correlación el quinto ítem ($\rho=0.942$; $p<.001$), como se observa en la tabla 13 todos los ítems del área repetición colaboran con dicha área y son pertinentes a ella.

Tabla 14

Análisis Ítem – Área Escritura

Item Área	Rho	Sig
Escritura 1	0,924	0,000
Escritura 2	0,931	0,000
Escritura 3	0,904	0,000

Los ítems correlacionan de manera directa altamente significativa con el puntaje del área de escritura; todos los ítems de escritura colaboran con dicha área y son pertinentes a ella, teniendo todos los ítems coeficientes elevados, el primer ítem ($\rho=0.924$; $p<.001$), el segundo ítem ($\rho=0.931$; $p<.001$), y el tercer ítem ($\rho=0.904$; $p<.001$), como se observa en la tabla 14.

Tabla 15

Análisis Ítem – Área Lectura

Item Área	Rho	Sig
Lectura 1	0,823	0,000
Lectura 2	0,789	0,000
Lectura 3	0,913	0,000

Los ítems correlacionan de manera directa altamente significativa con el puntaje del área de lectura, siendo el ítem con el menos elevado coeficiente de correlación el segundo ítem ($\rho=0.789$; $p<.001$), y el ítem con el más elevado coeficiente de correlación el tercer ítem ($\rho=0.913$; $p<.001$), como se observa en la tabla 15. Todos los ítems del área de lectura colaboran con dicha área y son pertinentes a ella.

A continuación se realiza el análisis del Área –Test

Tabla 16

Análisis Área – Test

Área Test	Rho	Sig
Lenguaje Espontáneo	0,853	0,000
Comprensión	0,901	0,000
Repetición	0,868	0,000
Escritura	0,772	0,000
Lectura	0,845	0,000

Como se observa en la tabla 16, todas las áreas correlacionan de manera directa y altamente significativa con el test total, siendo todas las áreas pertinentes al puntaje total del test, así las áreas lenguaje espontáneo ($\rho=0.853$; $p<.001$), comprensión ($\rho=0.901$; $p<.001$), repetición ($\rho=0.868$; $p<.001$), escritura ($\rho=0.772$; $p<.001$) y lectura ($\rho=0.845$; $p<.001$).

Todos los ítems se correlacionan de manera positiva y altamente significativa con el puntaje total del test, asimismo cada ítem se correlaciona con su respectiva área, y posteriormente cada área con el puntaje total. Es decir todos los ítems aportan a su área respectiva, y al puntaje total, demostrando así el test Bedside su validez de contenido.

4.3 Confiabilidad

A continuación se presenta el análisis estadístico de las pruebas para las comparaciones y correlaciones que se realizarán en cada Ítem, así como la confiabilidad que se estableció por consistencia interna mediante el método del

alfa de Cronbach y Spearman Brown para cada una de las dimensiones que conforman la Batería Bedside de Lenguaje.

Tabla 17

Distribución de los datos

Área	K - S	Sig
Lenguaje Espontáneo	2,212	0,000
Comprensión	2,839	0,000
Repetición	3,049	0,000
Escritura	2,523	0,000
Lectura	2,210	0,000
Test Total	1,335	0,050

Como se observa en la tabla 17, los datos presentan una distribución no normal o no paramétrica, al ser su índice Kolgomorov - Smirnov significativos, siendo el más elevado en el área de repetición ($K-S=3.049$; $sig<.001$), y el coeficiente más bajo el del total de la prueba ($K-S=1.335$; $sig<.05$). Esto nos indica que para el análisis estadístico de los datos se utilizarán pruebas no paramétricas, es decir, para las comparaciones, la prueba U de Mann Whitney, y para las correlaciones el rho de Spearman.

Tabla 18

Confiabilidad

Confiabilidad	Coficiente	Sig
Homogeneidad	0,956	0,000
División por Mitades	0,876	0,000

La confiabilidad se estableció por medio de la consistencia interna. La batería Bedside tiene una elevada confiabilidad por consistencia interna, por homogeneidad (Alpha de Cronbach=0.956; sig<.001), asimismo por división por mitades (Spearman Brown=0.876; sig<.001), ambos coeficientes son elevados, y altamente significativos, lo que quiere decir que la batería muestra una óptima confiabilidad, como se observa en la tabla 18.

Se presenta a continuación el análisis de Ítems:

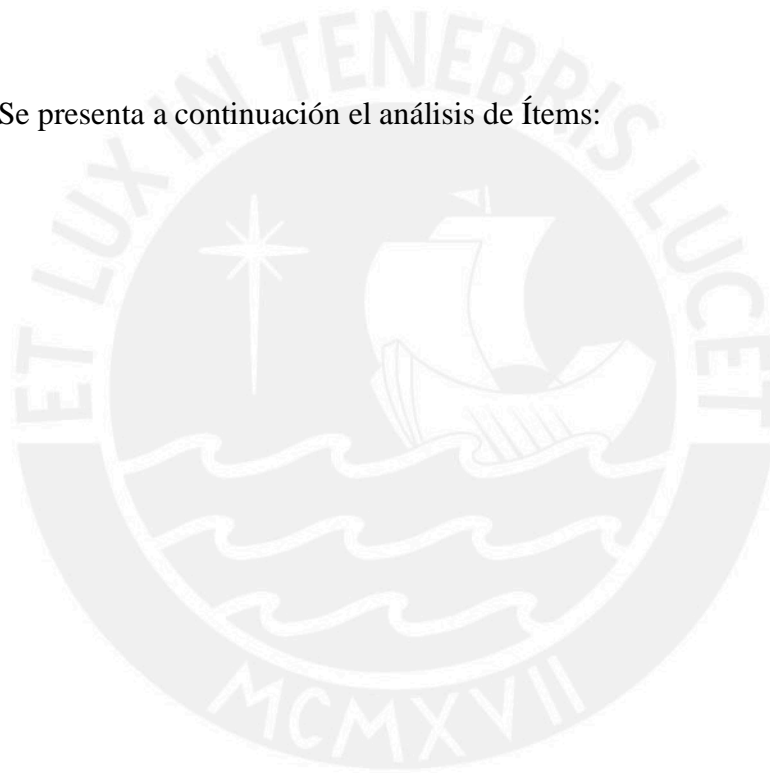


Tabla 19: Análisis de ítems por índice de discriminación

Item	Categoría	Rango promedio	U	Sig
Lenguaje Espontáneo 1	Puntúan Bajo	18,18	-4,598	0,000
	Puntúan Alto	34,20		
Lenguaje Espontáneo 2	Puntúan Bajo	16,86	-4,754	0,000
	Puntúan Alto	35,43		
Lenguaje Espontáneo 3	Puntúan Bajo	13,48	-6,383	0,000
	Puntúan Alto	38,56		
Comprensión 1	Puntúan Bajo	16,24	-5,631	0,000
	Puntúan Alto	36,00		
Comprensión 2	Puntúan Bajo	16,20	-5,548	0,000
	Puntúan Alto	36,04		
Comprensión 3	Puntúan Bajo	17,32	-5,172	0,000
	Puntúan Alto	35,00		
Comprensión 4	Puntúan Bajo	14,62	-6,355	0,000
	Puntúan Alto	37,50		
Comprensión 5	Puntúan Bajo	13,04	-6,940	0,000
	Puntúan Alto	38,96		
Repetición 1	Puntúan Bajo	18,94	-4,505	0,000
	Puntúan Alto	33,50		
Repetición 2	Puntúan Bajo	17,86	-4,948	0,000
	Puntúan Alto	34,50		
Repetición 3	Puntúan Bajo	16,24	-5,631	0,000
	Puntúan Alto	36,00		
Repetición 4	Puntúan Bajo	15,70	-5,867	0,000
	Puntúan Alto	36,50		
Repetición 5	Puntúan Bajo	15,62	-5,699	0,000
	Puntúan Alto	36,57		
Escritura 1	Puntúan Bajo	14,62	-6,355	0,000
	Puntúan Alto	37,50		
Escritura 2	Puntúan Bajo	13,00	-7,081	0,000
	Puntúan Alto	39,00		
Escritura 3	Puntúan Bajo	13,00	-7,414	0,000
	Puntúan Alto	39,00		
Lectura 1	Puntúan Bajo	15,70	-5,867	0,000
	Puntúan Alto	36,50		
Lectura 2	Puntúan Bajo	14,04	-6,591	0,000
	Puntúan Alto	38,04		
Lectura 3	Puntúan Bajo	14,16	-6,308	0,000
	Puntúan Alto	37,93		

En la tabla 19 se observa el análisis ítems test por índice de discriminación de la batería Bedside; todos los ítems pueden discriminar o diferenciar entre los pacientes que han obtenido bajo puntaje y alto puntaje, así se tiene que el ítem con el más elevado índice de discriminación en el tercer ítem del área escritura ($U=7.414$; $p<.001$), y el que tiene el índice de discriminación menos elevado el primer ítem del área repetición ($U=-4.505$; $p<.001$), cabe señalar que todos los ítems tienen un U de Mann Whitney elevado y sobre todo, altamente significativo, lo que indica que todos los ítems diferencian a los sujetos que puntúan alto, y a los que puntúan bajo, lo cual contribuye a la validez y a la confiabilidad.

4.4 Baremo

En cuanto a los baremos, se han elaborado los siguientes rangos percentiles.

Tabla 20

Baremos de la batería Bedside

Percentil	Puntaje
Percentil 10	1
Percentil 25	10,5
Percentil 50	19
Percentil 75	23,5
Percentil 90	26

Considerando el percentil 25 como punto referencial, un puntaje menor a 10.5 indicaría el diagnóstico de una probable afasia, puntajes mayores a 10.5 y menores a 19 (entre los percentiles 25 y 50), indicarían una posibilidad de desarrollar una afasia (véase tabla 20).

Tabla 21

Descripción del primer ítem del área Lenguaje Espontáneo

Lenguaje Espontáneo		
Nombre	Frec	%
Ausencia de habla	10	10,00%
Respuesta Incompleta	11	11,00%
Respuesta Correcta	79	79,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes responde correctamente a este ítem (79%) que se valora con 1 punto, mientras que el 11% responde de manera incompleta, que se valora con 0.5 puntos y el 10% tiene una ausencia de habla, que se califica como 0 como se observa en la tabla 21.

Tabla 22

Descripción del segundo ítem del área Lenguaje Espontáneo

Lenguaje Espontáneo		
Dirección	Frec	%
Ausencia de habla	16	16,00%
Respuesta Incompleta	34	34,00%
Respuesta Correcta	50	50,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mitad de los pacientes responde correctamente a este ítem (50%) que se valora con 1 punto, mientras que el 34% responde de manera incompleta, que se valora con 0.5 puntos y el 16% tiene una ausencia de habla que se califica con 0 puntos, como se observa en la tabla 22.

Tabla 23

Descripción del tercer ítem del área Lenguaje Espontáneo

Lenguaje Espontáneo		
Oración	Frec	%
Ausencia de habla	24	24,00%
Sólo una unidad	5	5,00%
Dos unidades	32	32,00%
Estructura completa	39	39,00%
Total	100	100,00%

Como se observa en la tabla 23, el 39% de los pacientes ha respondido la estructura sintáctica completa, que se valora con 3 puntos, el 32% de los pacientes ha respondido con dos unidades de contenido (que se valora con 2 puntos) el 24% no ha dado respuesta alguna (ausencia de habla, calificado con 0 puntos) y sólo el 5% ha respondido una sola unidad de contenido (valorado con 1 punto).

Tabla 24

Descripción del primer ítem del área Comprensión

Comprensión		
Ubicación	Frec	%
Respuesta Errónea	21	21,00%
Respuesta Correcta	79	79,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes responde correctamente a este ítem (79%) que se valora con 1 punto, mientras que el 21% responde de manera errónea, que se califica como 0 como se observa en la tabla 24.

Tabla 25

Descripción del segundo ítem del área Comprensión

Comprensión		
Vestimenta	Frec	%
Respuesta Incorrecta	25	25,00%
Respuesta Correcta	75	75,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes responde correctamente a este ítem (75%) que se valora con 1 punto, mientras que el 25% responde de manera errónea, que se califica como 0 como se observa en la tabla 25.

Tabla 26

Descripción del tercer ítem del área Comprensión

Comprensión		
Cuerpo	Frec	%
Respuesta Incorrecta	20	20,00%
Respuesta Correcta	80	80,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes responde correctamente a este ítem (80%) que se valora con 1 punto, mientras que el 20% responde de manera errónea, que se califica como 0 como se observa en la tabla 26.

Tabla 27

Descripción del cuarto ítem del área Comprensión

Comprensión		
Señalamiento	Frec	%
Ejecución Incorrecta	29	29,00%
Ejecución Incompleta	4	4,00%
Ejecución Completa	67	67,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes realiza la ejecución correcta en este ítem (67%) que se valora con 1 punto, mientras que el 29% lo ejecuta de manera errónea, que se califica como 0, por otro lado sólo el 4% realiza una ejecución incompleta, que se valora con 0.5 puntos; como se observa en la tabla 27.

Tabla 28

Descripción del quinto ítem del área Comprensión

Comprensión		
Acción	Frec	%
Ejecución Incorrecta	39	39,00%
Ejecución Incompleta	5	5,00%
Error en el Orden	0	0,00%
Ejecución Completa	56	56,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes realiza la ejecución correcta en este ítem (56%) que se valora con 2 puntos, como se observa en la tabla 28; mientras que el 39% lo ejecuta de manera errónea, que se califica como 0, por otro

lado sólo el 5% realiza una ejecución incompleta, que se califica con 0.5 puntos; por otro lado no se han presentado casos de pacientes que hayan cometido un error en el orden de la ejecución, como se aprecia en la tabla 28.

Tabla 29

Descripción del primer ítem del área Repetición

Repetición		
Pan	Frec	%
Ausencia de Respuesta	14	14,00%
Repetición Correcta	86	86,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes responde correctamente a este ítem (86%) que se valora con 1 punto, mientras que el 14% presenta ausencia de respuesta, que se califica como 0 como se observa en la tabla 29.

Tabla 30

Descripción del segundo ítem del área Repetición

Repetición		
Radio	Frec	%
Ausencia de Respuesta	17	17,00%
Repetición Correcta	83	83,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes responde correctamente a este ítem (83%) que se valora con 1 punto, mientras que el 17% presenta ausencia de respuesta, que se califica como 0 como se observa en la tabla 30.

Tabla 31

Descripción del tercer ítem del área Repetición

Repetición		
Algunas veces	Frec	%
Ausencia de Respuesta	21	21,00%
Repetición Correcta	79	79,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes responde correctamente a este ítem (79%) que se valora con 1 punto, mientras que el 21% presenta ausencia de respuesta, que se califica como 0 como se observa en la tabla 31.

Tabla 32

Descripción del cuarto ítem del área Repetición

Repetición		
Cierra la Puerta	Frec	%
Ausencia de Respuesta	24	24,00%
Repetición Correcta	76	76,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes responde correctamente a este ítem (76%) que se valora con 1 punto, mientras que el 24% presenta ausencia de respuesta, que se califica como 0 como se observa en la tabla 32.

Tabla 33

Descripción del quinto ítem del área Repetición

Repetición		
Frase larga	Frec	%
Ausencia de Respuesta	48	48,00%
Repetición Correcta	52	52,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes responde correctamente a este ítem (52%) que se valora con 1 punto, mientras que el 48% presenta ausencia de respuesta, que se califica como 0 como se observa en la tabla 33.

Tabla 34

Descripción del primer ítem del área Escritura

Escritura		
Nombre	Frec	%
Ausencia de letras legibles	41	41,00%
Respuesta Incompleta	7	7,00%
Respuesta Correcta	52	52,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes responde correctamente a este ítem (52%) que se valora con 1 punto, mientras que el 41% presenta ausencia de letras legibles, que se califica como 0, sólo el 7% presenta una respuesta incompleta, que se califica con 0.5 puntos; como se observa en la tabla 34.

Tabla 35

Descripción del segundo ítem del área Escritura

Escritura		
Dictado	Frec	%
Ausencia de letras legibles	43	43,00%
Respuesta Incompleta	8	8,00%
Respuesta Correcta	49	49,00%
Total	100	100,00%

Se observa que el 49% de los pacientes responde correctamente a este ítem, que se valora con 1 punto, mientras que el 43% presenta ausencia de letras legibles, que se califica como 0, sólo el 8% presenta una respuesta incompleta, que se califica con 0.5 puntos; como se observa en la tabla 35.

Tabla 36

Descripción del tercer ítem del área Escritura

Escritura		
Frase	Frec	%
Ausencia de palabras	60	60,00%
Sólo una unidad	2	2,00%
Dos unidades	2	2,00%
Estructura completa	36	36,00%
Total	100	100,00%

Como se observa en la tabla 36, la mayoría (60%) de los pacientes presenta ausencia de palabras, que se califica con 0 puntos, mientras el 36% ha respondido la estructura sintáctica completa, lo que se valora con tres puntos; tan

sólo el 2% responde sólo una unidad de contenido (valorado con 1 punto) y otro 2% responde dos unidades de contenido (valorado con 2 puntos).

Tabla 37

Descripción del primer ítem del área Lectura

Lectura		
Palabra Dibujo	Frec	%
Asociación Incorrecta	30	30,00%
Asociación Correcta	70	70,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes realiza una asociación correcta en este ítem (70%) que se valora con 2 puntos, mientras que el 30% realiza una asociación incorrecta, que se califica como 0 como se observa en la tabla 37.

Tabla 38

Descripción del segundo ítem del área Lectura

Lectura		
Orden Simple	Frec	%
Ausencia de Ejecución	39	39,00%
Ejecución Correcta	61	61,00%
Total	100	100,00%

Se observa que la mayoría de los pacientes realiza una ejecución correcta en este ítem (61%) que se valora con 1 punto, mientras que el 39% muestra una ausencia de ejecución, que se califica como 0 como se observa en la tabla 38.

Tabla 39

Descripción del tercer ítem del área Lectura

Lectura		
Completar Oraciones	Frec	%
Ejecución Incorrecta	43	43,00%
Una correcta	16	16,00%
Ambas Correctas	41	41,00%
Total	100	100,00%

Se observa que el 43% de los pacientes realiza una ejecución incorrecta en este ítem (que se valora con 0 puntos), mientras que el 41% muestra una elección correcta de ambas oraciones, que se califica como 2 puntos, por otro lado el 16% ha acertado sólo en una respuesta correcta, que se valora con un punto, como se observa en la tabla 39.

4.5 Discusión y Análisis de datos

- El Test Bedside es el único Test corto adaptado para la determinación de la afasia que ha alcanzado una especificidad del 84,04%. Hay otros test cortos para la evaluación de la afasia pero que no están adaptados a la población peruana como el FASt y tienen menor especificidad que el Test Bedside adaptado. Su tiempo de aplicación es de 10-12 Minutos lo que permite ser usado en las salas de cuidados intermedios y en los lugares donde el paciente se encuentra aún hospitalizado.
- Fue de vital importancia verificar para la justificación práctica del presente Test adaptado si otros test para la evaluación rápida de la afasia contenían las

mismas áreas como son la evaluación de la afasia, la comprensión del lenguaje hablado, la expresión oral, comprensión de lectura y escritura; efectivamente otros test contienen dichas áreas.

- El Test Bedside es relevante porque puede ser usado en pacientes afásicos de diferente gravedad e incluso en pacientes con posibilidad de afasia. Otros Test sólo pueden ser usados en pacientes con importante compromiso lingüístico.
- El Test Bedside original fue aplicado en población argentina, al momento de su creación se consiguió que tuviera una excelente consistencia interna con alfa de Cronbach de 0,9419. Al momento de adaptarlo a la población peruana se ha conseguido también un resultado altamente significativo con una alfa de Cronbach de 0,956.
- Además se ha conseguido determinar valores que predicen la presencia de afasia en pacientes peruanos, así se tiene que si un paciente obtiene en el Test 10,5 a menos como puntaje total es alta la probabilidad de afasia. En el caso de la población argentina se alcanzaron valores de 16.5.
- Al evaluar 100 pacientes se debe tener en cuenta que son de diversos hospitales de Lima pertenecientes a diferentes conos por lo que es importante destacar que se podrían utilizar los valores a nivel de Lima y Callao.

- Como se ha logrado establecer puntajes para determinar la presencia de afasia se puede además determinar la gravedad de la misma.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se logra la adaptación lingüística de la batería Bedside en la población de referencia.
- La batería Bedside adaptada a Perú tiene una elevada confiabilidad de consistencia interna (Alfa de Crombach y mitad – mitad con correlación de Spearman Brown).
- La batería Bedside demuestra ser válida según los resultados del análisis de jueces y el que los ítems se correlacionen con cada área correspondiente. Todos los ítems se correlacionan de manera altamente significativa.

- Así mismo, todas las áreas se correlacionan de manera directa y altamente significativa con el test en general.
- Se elaboró un baremo en percentiles considerando el percentil 25 como punto referencial, un puntaje menor a 10.5, indicaría el diagnóstico afasia, mientras que puntajes mayores a 10.5 y menores a 19, indicaría la posibilidad de desarrollar una.
- Para finalizar, teniendo en cuenta que se ha trabajado con pacientes con un tiempo de enfermedad muy corto en ambientes de hospitalización por complicaciones se puede entender que la mayoría tuviera como diagnóstico afasias no fluentes que en un gran porcentaje tienen compromiso motor, que justificaría su permanencia en salas de hospitalización.
- Lo positivo a rescatar es que las afasias no fluentes tienen una mejor comprensión por lo que el pronóstico de la mayoría de casos es de regular a bueno.

5.2 Recomendaciones

- La batería Bedside de Lenguaje adaptada debe ser un instrumento de elección en los hospitales, clínicas o centros que trabajan con las patologías de lenguaje como MINSA y ESSALUD, como test de screening para la detección de la afasia.

- Se debe ampliar, publicar y compartir los resultados del estudio con profesionales de área con el objetivo de utilizar la evaluación para la detección de la afasia en personas que hayan sufrido alguna lesión cerebral.
- Realizar estudios con poblaciones más grandes de afásicos donde se utilice la batería Bedside de Lenguaje adaptada para la generalización de los resultados a nivel de Lima.
- Aplicar el test en varios hospitales del Perú con la posibilidad de generalizar los resultados.
- A partir de la adaptación de la batería Bedside de Lenguaje, se debería realizar una adaptación de la misma para la evaluación de la afasia infantil para ser aplicado en la etapa aguda de la enfermedad, que permita una detección rápida del trastorno en niños.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, R. (1991). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*.

Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Aliaga, J. (2007). *Psicometría: Test Psicométricos, confiabilidad y Validez*.

Recuperado de

<http://www.unmsm.edu.pe/psicologia/documentos2007>

Alvarez, L y Bermudez, A. (2008) *Afasiás. Logopedia y foniatría*. Cuba

Anastasi, A. (1976). *Psychological Testing*. New York: McMillan Publishing Co.

American Speech – Language – Hearing Association (1997-2011). *Aphasia*.

USA. Recuperado de

<http://www.asha.org/public/speech/disorders/Aphasia/>

Ardila, A. (2006). *Las aphasias*. Department of Communication Sciences and Disorders - Florida International University. Miami

Ardila, A. (1992). *Phonological transformations in conduction aphasia*. Journal of Psycholinguistic Research, 21, 473-484

Azcoaga, J. E. (1985). *Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología)*. (3ra. ed).

Buenos Aires: El Ateneo

Barrera, A. (2004). *Las Afasias. Investigación y Educación Revista Digital*: 7(2),

1-21.

Beers, M.H. (Ed.). (2003). *El Manual Merck de información médica general*. 2

ed. Madrid: Oceano

Benson, D. F., Ardila, A. (1996). *Aphasia: A clinical perspective*. New York:

Oxford University Press.

Benson, D. F., Ardila, A. (1994). *Conduction aphasia: a síndrome of language*

network disruption. En: H. Kirshner (ed), *Handbook of Speech and Language Disorders*. New York: MerceL Dekker Inc.

Benson, D. F., Geschwind, N. (1971). *Aphasia and related cortical disturbances*.

A.B. Baker and L.H. Baker (eds) *Clinical Neurology*. New York: Harper and Row.

Benson, D. F. (1979). *Aphasia, alexia and agraphia*. New York: Churchill

Livingstone.

- Berciano, J. (1999). *Aterosclerosis carotidea. De la genética a la prevención del ictus*. Rev Neurol, 29: 836-47.
- Berthier, M.L. (2005). *Afasia Secundaria a Accidente Cerebro Vascular: Epidemiología, fisiopatología y tratamiento*. Drugs and Aging 22(2): 163-182
- Berthier, M.L. (1999). *Transcortical Aphasias*. Hove, UK: Psychology Press.
- Borregón, S. & González A. (1993). *La Afasia exploración, diagnóstico y tratamiento*. Madrid. Edit. Impresa.
- Brain, R. (1961). *Speech disorders – Aphasia, apraxia and agnosia*. London: Butterworth.
- Brown, F. G. (1980). *Principios de la medición en psicología y educación*. México: El Manual Moderno
- Brown, R. y Fraser C. (1964). *The acquisition of syntax*. Citado por B.S. Bloom y otros: Evaluación del aprendizaje, Buenos Aires, Troquel 1979, ed. 2 vol. 2. P.132.
- Campbell, W. (2005). *DeJong's The Neurologic Examination*. (6ta. ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

- Cappa, S.F., Cavallotti., & Vignolo, L.A. (1981). *Phonemic and lexical errors in fluent aphasia: correlation with lesion site*. *Neuropsychologia*, 19, 171-177.
- Caplan, D. (1992) *Introducción a la Neurolingüística y al Eestudio de los Trastornos del Lenguaje*. Madrid: Edit. Visor.
- Caplan, D., Vanier, M., & Baker, C. (1986) *A case of reproduction conduction aphasia I: word production*. *Cognitive Neuropsychology*, 3, 99-128.
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales*. Lima: Editorial Ricardo Palma.
- Cuetos, F. (1988) *Evaluación y Rehabilitación de las Afasias: Aproximación Cognitiva*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Cuetos, F., Valle, F. (1995). *Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia (EPLA)*. Londres: LEA
- Davis, P.H., et al. (1987). *Risk factors for ischemic stroke: a prospective study in Rochester, Minnesota*. *Ann Neurol*, 22: 319-27.
- Delgado, A. Ecurra, M. & Torres, W. (2006). *La medición en psicología y educación*. Perú: Ediciones Hozlo S.R.L.

Elkind, M.S., Sacco, R.L. (1998). *Stroke risk factors and stroke prevention*.
Neurol, 18: 429-39.

Endervy, P. et al. (1987). *The Frenchay Aphasia Screening Test*. Int Rehabil Med,
8: 166-70.

Escurra, L. M. (1988) *Cuantificación de la Validez de Contenido por el Criterio
de Jueces*. Revista de Psicología – PUCP, 6, 103-111.

Flores, B. (2002) *Las Afasias. Conceptos Clínicos*. Instituto de la Comunicación
Humana. Manual de Medicina de Comunicación Humana N°7.
México, D.F.

García-Albea, J.E., Sánchez-Bernardos, M.L., & del Viso-Pabon, S. (1996). *Test
de Boston para el Diagnóstico de la Afasia: Adaptación Española*.
En H. Goodglass & E. Kaplan (Eds.), *La Evaluación de la Afasia y
de Trastornos Relacionados* (2ª. Ed.). Madrid: Editorial Médica
Panamericana.

Geschwind, N. (1965). *Disconnection syndromes in animals and man*. Brain, 88.
237 - 294

Goodglass, H. & Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related
disorders*. Philadelphia: Lea and Febiger

Goldstein, K. (1948). *Language and language disturbances*. New York: Grune & Stratton

Goodglass, H. & Kaplan, E. (1986). *La evaluación de la afasia y trastornos relacionados*. Madrid: Médica – Panamericana

Hacke, W. (1996). *European Strategies for Early intervention in Stroke*. Cerebrovasc Dis Journal, 96; 6: 315-324.

Head, H. (1926). *Aphasia and kindred disorders of speech*. London: Cambridge University Press.

Hécaen, H. & Albert, M. L. (1978). *Human neuropsychology*. New York: Wiley

Hécaen, H. (1977). *Afasis y Apraxias*. Buenos Aires: Paidós

Hernández, B. (1998). *Metodología de la Investigación*. Colombia: McGraw Hill,

Helm-Estabrooks, N., Martin, A. (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*. 2da edición. Madrid: Médica Panamericana.

Hillis, A. E. (2007). *Aphasia: progress in the last quarter of a century*. Neurology, 69: 200-13

INR-DIS (2006). *Análisis Situacional del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR*. Perú.

Jenkins, J., Jiménez-Pabón, E., Shaw, E., Williams, J. (1976). *Afasia en adultos según Schuell*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.

Jakobson, R. (1964). *Toward a linguistic typology of aphasia impairments*. En: A.V.S. DeReuck, & M. O'Connor (eds) *Disorders of language*. Boston: Little and Brown.

Junqué, C., Bruna, O., Matarró, M. (2003). *Traumatismos craneoencefálicos, un enfoque desde la neuropsicología y la logopedia*. Barcelona: Masson.

Kargman, D. E., et al. (1998). *Elevated high density lipoprotein levels are more important in atherosclerotic ischemia stroke subtypes. The Northern Manhattan Stroke Study*. *Ann Neurol*, 44: 442-43.

Kertesz, A., Pascual-Leone, A., Pascual-Leone, G. (1990) *Bateria de las afasias Western. The Western Aphasia Battery en castellano*. Valencia: Novo Libres.

Kertesz, A. (1985). *Aphasia*. En J.A.M Frederiks (ed) *Handbook of clinical neurology*, vol 45: *Vlinical neuropsychology*. Amsterdam: Elsevier.

Kertesz, A. (1982). *Western Aphasia Battery. Test booklet*. Department of Clinical Neurological Sciences. University of Western Ontario. London: Grunne and Stratton inc.

Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento*. (2da. ed). México: Macgraw-Hill

Konishi, M., et al. (1993). *Association of serum total cholesterol, different types of stroke and stenosis distribution of cerebral arteries: The Akia Pathological Study*. Stroke, 24: 954-64.

Lecours, A.R., Lhermitte, F., & Bryans, B. (1983). *Aphasiology*. London: Baillere – Tindall

Lesser, R. (1983). *Investigaciones Lingüísticas sobre la afasia*. Editorial Médica y Técnica. Barcelona.

Luria, A.R. (1970). *Traumatic aphasia*. The Hague: Mouton.

Luria, A.R. (1966). *Human brain and psychological processes*. New York: Harper & Row.

Luria, A.R. (1980). *Higher cortical functions in man*. New York: Basic, 2nd edition.

McMahon, S., et al. (1990). *Blood pressure stroke and coronary heart disease*.
Lancet, 335: 756-774.

Mikulic, I. (2007). *Construcción y Adaptación de pruebas psicológicas*. T y T de
Exploración y Diagnóstico Módulo I, Cátedra I. Universidad de
Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina.

Miller, G. (1981). *Lenguaje y habla*. Madrid: Ed. Alianza

MINSA – INR. (2007). *Análisis de la Situación de la Discapacidad en el Perú*
2007. Perú.

MINSA. (2003) *Reporte estadístico de la Discapacidad en el Perú 1999-2000*.
Perú.

Muñiz, J. (1998). *Teoría Clásica de los Tests*. Madrid: Pirámide.

National Institute of Deafness and other Communication Disorders (2002). *Afasia*.
USA. Recuperado de
http://www.nidcd.nih.gov/health/spanish/pages/aphasia_span.aspx

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2007). *Afasia*
information page. USA. Recuperado de
<http://www.ninds.nih.gov/disorders/aphasia/aphasia.htm>

Peña, J., Pérez, M. (1983). *Rehabilitación de la Afasia y Trastornos Asociados*.
Barcelona. Edit. Masson.

Pineda, D., et al. (2000). *The Boston Diagnostic Aphasia Examination – Spanish
Version: The influence of demographic variables*. Journal of the
International Neuropsychological Society. 6: 802-814.

Pino, M. F. (2006). *Trastornos del lenguaje ya establecido. Afasia*. Revista digital
Investigación y educación. N° 22, 16 (12), ISSN1696-7208

Porch, B. E. (1983). *Porch index of communicative ability*. Manual. Palo Alto,
CA: Consulting Psychologists Press.

Revista Neuropsicología Latinoamericana. (2011). *Rehabilitación
Neuropsiológica y Afasia Semántica*. México, ISSN 2075-9479 Vol.
3. 2, 39-49.

Rodríguez, D. (2010). *Exploración inicial del lenguaje en la afasia*. Espacio
Logopédico. Recuperado de:
http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=157

Rosselli, M., et al. (1990). *Normative data on the Boston Diagnostic Aphasia in Spanish Speaking Population*. Journal of the International Neuropsychological Society. 12: 313-322.

Sabe, L., (2008). *Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: "Bedside de lenguaje"*. Neurol, 46:454-60. Buenos Aires, Argentina.

Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodologías y diseños en la investigación científica*. (4ta ed.). Lima: Editorial Visión Universitaria.

Smith, G.D., et al. (1992). *Plasma cholesterol concentrations and mortality*. JAMA, 11: 24-30

Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tanizaki, Y., et al. (2000). *Incidence and risk factors for subtypes of cerebral infarction in a general population*. Stroke, 31: 2616-22.

Ugarriza, N. (1998). *Instrumentos para la investigación educacional*. Perú: Facultad de Educación – UNMSM.

Van de Vijver, F. J. R., Leung, K. (1997). *Methods and data analysis of comparative research*. En: Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Pandey, J. (eds). *Handbook of Cross Cultural Psychology* (2nd. Ed. Vol.1). Chicago: Allyn & Bacon.

Vigliecca, N.S. (2004). *Tests neuropsicológicos abreviados y adaptados para hispanoparlantes: revisión de hallazgos previos y estudios de validez para la discriminación de pacientes con lesiones anteriores frente a posteriores*. *Rev. Neurol.*, 39: 205-212. Argentina.

Wepman, J.M. & Jonesm L.V (1964). *Five aphasia: a commentary on aphasia as a regressive linguistic problem*. En: D. McK Rioch & E.A. Weinstein (eds), *Disorders of communication*, Baltimore: William and Wilkins.

Wolf, P.A., et al. (1988). *Cigarette smoking as a risk factor for stroke: The Framingham Study*. *JAMA* 1988; 259: 1025.



**VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA
ADAPTACIÓN DE LA BATERIA BEDSIDE DE LENGUAJE PARA LA
EVALUACIÓN DE LA AFASIA**

La batería Bedside de Lenguaje, fue sometida a Juicio para su adaptación, por el siguiente experto:

- **NOMBRE Y APELLIDO:** _____

- **CENTRO DE TRABAJO, ESTUDIOS Y ESPECIALIDADES REALIZADAS**

- **FECHA DE EVALUACIÓN:** _____

Firma

BATERÍA CORTA DE EVALUACIÓN DE LA AFASIA BEDSIDE DE LENGUAJE

JUEZ: _____

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

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

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

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

- Nombre : “dígame su nombre completo”

SI () NO () Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de habla o comprensión auditiva

0.5 puntos: respuesta incompleta o parafasias fonémicas.

1 punto: responde nombre y apellido correctamente.

- Dirección : “dígame su dirección”

SI () NO () Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de habla o comprensión auditiva.

0.5 puntos: respuesta incompleta o paráfrasis fonémicas

1 punto: responde con su dirección completa.

b. Luego se le expone la lámina “un señor leyendo un diario” con la consigna “diga todo lo que ve en esta lámina”

- Oración : “diga todo lo que ve en esta lámina”

SI () NO () Observación:



Puntuación:

0 puntos: ausencia de habla o comprensión auditiva.

1 punto: sólo una unidad de contenido.

2 puntos: dos unidades de contenido.

3 puntos: estructura sintáctica completa.

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

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

- Se evalúa la capacidad del paciente para procesar la información auditiva.

- Procedimiento:

a. Se realizan dos preguntas cerradas al paciente, estas se relacionan con el contexto. El paciente debe responder: sí o no, en forma verbal o gestual.

- ¿Estamos en Lima?

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

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

1 punto: respuesta correcta

- ¿Tiene puesto un saco rojo?

SI () NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: respuesta incorrecta

1 punto: respuesta correcta

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

- Tóquese la nariz

SI () NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ejecución incorrecta

1 punto: ejecución correcta

- Señale la silla y luego la puerta

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ejecución incorrecta

0.5 puntos: ejecución incompleta

1 punto: ejecución correcta

- Mire la puerta, míreme a mí y luego cierre los ojos

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ejecución incorrecta

0.5 puntos: ejecución incompleta

1 punto: error en la orden

2 puntos: ejecución correcta

- Material: No se requiere

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

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

- Procedimiento:

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

- Pan.

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias

1 punto: repetición correcta

- Radio.

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias

1 punto: repetición correcta

- Algunas veces.

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias

1 punto: repetición correcta

- ¡Cierra la puerta!

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias

1 punto: repetición correcta

- Envía esto a tu amigo antes del jueves.

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias

1 punto: repetición correcta

- Material: No se requiere.

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

- Se evalúa la mecánica de los movimientos de la escritura, la evocación de los símbolos escritos para efectuarlos a través de diversos modos de estimulación, y la formulación de oraciones a partir de una lámina y a partir del dictado (análisis de la producción escrita del paciente).

- Procedimiento:

a. Se pide al paciente que escriba su nombre y apellido, escriba una palabra y un número de tres cifras al dictado, y la escritura de una oración basada en la lámina mostrada en el ítem del lenguaje espontáneo.

- Escriba su nombre completo.

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de letras legibles

0.5 puntos: respuesta incompleta

1 punto: nombre y apellido completo

- Dictado: *nube* / 120

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

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

0.5 puntos: respuesta incompleta

1 punto: ejecución correcta bajo cualquier modalidad

- Escritura frase de lámina (Sujeto – verbo – objeto directo)

SI ()

NO ()

Observación:

Puntuación:

0 puntos: ausencia de palabras

1 punto: solo una unidad de contenido

2 puntos: dos unidades de contenido

3 puntos: estructura sintáctica completa

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

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

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

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

- Se evalúa la asociación palabra - dibujo, leer y ejecutar una orden simple, y la capacidad del paciente de completar oraciones con una tarea de elección múltiple.
- Procedimiento:
 - a. Apareamiento palabra – dibujo: se colocan los dibujos (sol, silla, taza) frente al paciente en un orden cualquiera y se le pide que asocie el dibujo con la palabra escrita)

- Apareamiento palabra – dibujo (*taza / silla / sol*)
 SI () NO () Observación:

Puntuación:

0 puntos: asociación incorrecta

2 puntos: asociación correcta de los tres estímulos

Silla

Sol

Taza



Medidas de los dibujos: 12.7 cm. x 10.16 cm

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

b. Orden simple: lectura, comprensión y ejecución de orden leída “Levante la mano”.

- Orden por escrito (*Levante la mano*)

SI ()

NO ()

Observación:

Levante la mano

Medida del cartel: 25.4 cm x 6.35 cm

Puntuación:

0 puntos: ausencia de ejecución

1 punto: ejecución correcta

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

- Párrafo con opciones:

El árbol tiene *ruedas / hojas / pasto / fuego*

SI ()

NO ()

Observación:

El árbol tiene ...
ruedas hojas pasto fuego

Medida del cartel: 26.67 cm x 20.32 cm

El perro puede *correr / planchar / leer / hablar*

SI ()

NO ()

Observación:

El perro puede ...
correr planchar leer hablar

Medida del cartel: 26.67 cm x 20.32 cm

Puntuación:

0 puntos: ejecución incorrecta

1 punto: elección correcta de una de las dos opciones

2 puntos: elección correcta de ambas oraciones

- Material: láminas, tarjetas de palabras y oraciones

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. **Título del Proyecto:** Adaptación del Test Bedside en algunos hospitales de Lima y Callao.

Equipo de Investigadores: Pamela Quintana Vicente, telf. 463-2070; Jair Gensollen Durand, telf. 224-1594, autores principales, CPAL- PUCP.

2. **Introducción:** Son diversos los trastornos que se pueden presentar en las personas a raíz de una lesión cerebral, uno de ellos es la afasia. Actualmente existen tests o balotarios que se encargan de la evaluación de esta patología pero son extensos y requieren de mucho tiempo y esfuerzo por parte del paciente. Ante esta necesidad y teniendo en cuenta que la afasia es una patología frecuente, nos vemos en la necesidad de adaptar a nuestra realidad un instrumento de cribaje rápido. La batería Bedside de lenguaje se usa como instrumento de despistaje para la detección de la afasia tras una lesión cerebral, en sus estadios iniciales, agudos y graves. Esta prueba puede completarse en diez minutos, y evalúa las áreas de comprensión, expresión, lectura y escritura.

3. **Propósito:** Adaptar un test corto para la detección precoz de afasia.

4. **Participación:** Voluntaria, en cualquier momento de la investigación la participación puede ser terminada. La negativa de participar está libre de castigos.

5. **Procedimientos:** Aplicación del Test Bedside a través de preguntas, no se realizará ningún procedimiento invasivo. La aplicación de este test es ventajoso para el paciente, en la medida que permite la detección precoz de la afasia.
6. **Riesgos / incomodidades:** Ninguno. No se utiliza ningún procedimiento invasivo ni experimental.
7. **Beneficios:** Detección precoz de la afasia para la derivación respectiva antes del alta del hospital o en etapa aguda a su ingreso a un centro hospitalario.
8. **Alternativas:** No hay actualmente ningún test corto adaptado para la afasia.
9. **Compensación:** Se le darán los resultados del Test.
10. **Confidencialidad de la información:** El test y sus resultados son totalmente confidenciales.
11. **Problemas / Preguntas:** Serán absueltos durante la investigación.
12. **Nombres y firmas:**

Nombre del paciente o representante legal: _____

DNI: _____ Firma _____

Nombre del testigo: _____

DNI: _____ Firma _____

BATERIA BEDSIDE DE LENGUAJE

DATOS GENERALES

- Nombre y Apellido: _____
- Edad: _____
- Origen: _____

LENGUAJE ESPONTÁNEO

- ¿Cuál es su nombre?

- ¿Cuál es su dirección?

- Diga todo lo que ve en la lámina (se le presenta la lámina “un señor leyendo el periódico”(anexo 1)

COMPRENSIÓN ORAL

Responda si o no

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
• ¿Estamos en Lima?			
• ¿Tiene puesto usted un saco rojo?			

Ordenes de complejidad creciente

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
• Tóquese la nariz			
• Señale la silla luego la puerta			
• Mire la puerta, luego míreme a mí, luego cierre los ojos			

REPETICIÓN

Palabras simples

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
• Pan			
• Radio			

Frases simples

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

ESCRITURA

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

LECTURA

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> Asociación palabra – dibujo Sol 			
Silla			
taza			
<ul style="list-style-type: none"> Leer y ejecutar la acción: “levante la mano” 			
<ul style="list-style-type: none"> Completar oraciones: El árbol tiene.... 			
El perro puede.....			





Silla

Sol

Taza

Levante la mano

El árbol tiene ...

ruedas

hojas

pasto

fuego

El perro puede ...

correr planchar leer hablar