

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE
UNIDAD DE NEUROPSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO

ESCUELA DE FONOAUDIOLOGIA
UNIDAD DE ADULTOS



Guía Docente Curso de Postgrado:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS AFASIAS

Rafael González V. & Lilian Toledo R., Editores

Santiago 7, 8 y 9 de Junio de 2007

Editores

Rafael González Victoriano

Fonoaudiólogo
Profesor Asistente
Departamento de Neurología – Neurocirugía
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Lilian Toledo Rodríguez

Fonoaudióloga
Profesor Asistente
Escuela de Fonoaudiología
Universidad de Chile

Colaboradores

Michelle Casanova Román

Fonoaudióloga
Departamento de Neurología – Neurocirugía
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Andrea Helo Herrera

Fonoaudióloga
Instructor
Escuela de Fonoaudiología
Universidad de Chile

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Introducción al diagnóstico diferencial de la afasia desde la perspectiva de la OMS (deficiencia, discapacidad y minusvalía) <i>Rafael González V.</i> | 1 |
| Bases neurológicas del lenguaje <i>Rafael González V.</i> | 4 |
| Afasia, Diagnóstico y Clasificación de las Afasias <i>Rafael González V.</i> | 7 |
| Diagnóstico diferencial de las afasias: Evaluación clínica <i>Michelle Casanova R.</i> | 9 |
| Diagnóstico diferencial de las afasias: Test de Boston <i>Lilian Toledo R.</i> | 11 |
| Diagnóstico diferencial de las afasias fluentes <i>Andrea Helo H.</i> | 13 |
| Diagnóstico diferencial de las afasias no fluentes <i>Lilian Toledo R.</i> | 16 |
| Referencias Bibliográficas | 19 |
| Anexos | |
| 1. Cuadro comparativo versiones TBDA (1996-2005) | 20 |
| 2. Escala de severidad y perfil de características del habla..... | 21 |
| 3. Protocolo de Registro TBDA (Adaptado) | 22 |
| 4. TBDA: Diagnóstico Diferencial (Segunda Edición) | 27 |
| 5. Análisis Discriminante | 31 |

INTRODUCCIÓN

Prof. Flgo. Rafael González V.

Un sujeto que sufre una lesión en el hemisferio izquierdo y es diestro tiene una alta posibilidad (sobre un 90%) de quedar con un trastorno de lenguaje que se denomina afasia. Este apunte tiene por objetivo entregar al alumno los conocimientos básicos para el diagnóstico diferencial de la afasia.

Evaluación, Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial

La evaluación es el proceso que tiene por finalidad describir la conducta comunicativa de un sujeto. Esta se puede llevar a cabo en forma directa e indirecta. La obtención de datos en forma indirecta se logra a través de la ficha o un informe del paciente. La obtención de información directa se puede realizar formal o informalmente. La evaluación formal implica la aplicación de pruebas estandarizadas. En cambio, la informal corresponde a la observación clínica.

El diagnóstico, es el proceso por el cual se determina un trastorno considerando los signos y síntomas. Este proceso finaliza cuando el clínico le asigna un rótulo. El signo es una indicación particular de un trastorno que es observado por el clínico, pero no es evidente para el paciente. El síntoma es una indicación de una enfermedad o trastorno informado por el paciente.

El diagnóstico diferencial, es un proceso complejo en el que se deben considerar una gran cantidad de variables con el propósito de ir reduciendo las posibilidades y llegar a determinar la naturaleza de un trastorno.

Diagnóstico de la Afasia desde la perspectiva de la OMS

La CIDDM-2, significa clasificación internacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía correspondiente a la versión 2 (2000). Pertenece a las clasificaciones desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El conjunto de clasificaciones de la OMS proporciona el marco para codificar un amplio rango de información acerca de la salud (ej. diagnóstico, funcionamiento y discapacidad, razones para contactar con los servicios de salud) y provee un lenguaje estandarizado y único que posibilita la comunicación en todo el mundo sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias.

La CIDDM-2 organiza la información en dos partes: (1) Funcionamiento y Discapacidad y (2) Factores Contextuales:

1. Componentes del funcionamiento y la discapacidad:

(a) El componente del Cuerpo consta de dos clasificaciones, una para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo. Los capítulos de ambas clasificaciones están organizados siguiendo los sistemas corporales.

(b) El componente de las Actividades y Participación cubre el rango completo de dominios que denotan aspectos del funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social.

2. Factores contextuales:

(a) Una lista de Factores Ambientales forma parte de los factores contextuales. Los Factores Ambientales ejercen un impacto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y

están organizados partiendo del entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general.

(b) Los Factores Personales son un componente de los factores contextuales pero no están clasificados en la CIDDM-2 debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos.

Desde la perspectiva del concepto de funcionamiento y discapacidad que abarcan tres dimensiones y dos factores contextuales, la evaluación de la afasia implica:

1. Funciones y Estructuras Corporales:

Es la dimensión a nivel del cuerpo

Funciones corporales son las funciones fisiológicas o psicológicas de los sistemas corporales.

Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo (órganos, extremidades)

Su aspecto positivo es la integridad funcional y estructural.

Su aspecto negativo es la deficiencia: pérdida o desviación significativa (trastorno) en funciones o estructuras corporales.

El diagnóstico de la deficiencia tiene por objetivos determinar:

- Afasia (Clasificación)
- Severidad
- Síntomas: anomia, parafasias, perseveraciones, etc.
- Uso de pruebas clásicas: WAB, Test de Boston, etc.

2. Actividad:

Es la dimensión a nivel de la persona.

Es el hecho de llevar a cabo una tarea o actividad por parte de una persona.

Su aspecto positivo es la realización de una tarea o acción.

Su aspecto negativo implica la limitación en la actividad: dificultades que una persona puede tener en la realización de actividades

El diagnóstico de la actividad tiene por objetivo determinar:

- Las actividades comunicativas de la vida diaria aplicando pruebas de **Comunicación Funcional**
- La evaluación está basada en situaciones cercanas a las que ocurren en la vida diaria
- Los pacientes pueden responder en forma verbal o no verbal

3. Participación:

Es la dimensión a nivel social.

Es el acto de involucrarse en una situación vital.

Su aspecto positivo es participar socialmente.

Su aspecto negativo es la restricción en la participación

El diagnóstico de la participación tiene por objetivo determinar el compromiso comunicativo a nivel familiar, social y/o laboral.

- El impacto que tiene el **trastorno comunicativo** a nivel de los roles que debe cumplir el sujeto en su familia y en la sociedad.
- Cuanto a disminuido la participación del individuo.

Factores contextuales:

Factores ambientales:

- Entorno físico, social y actitudes de la personas.
- Son externos a la persona.
- Pueden tener una influencia positiva o negativa sobre la participación del individuo sobre la sociedad.

Aspecto positivo: **Facilitación**

Aspecto negativo: **Barrera**

Determinar los obstáculos comunicativos que impiden que el individuo pueda cumplir con sus demandas cotidianas.

- Falta de conocimiento de la afasia por parte de la gente que rodea al paciente.
Por ejemplo lugares poco apropiados para comunicarse.
Interactuantes que desconocen la afasia
- Determinar facilitadores

Factores personales:

Son los antecedentes de la vida del individuo (edad, sexo, nivel educacional, hábitos, situación profesional, Etc.)

La mayoría de las pruebas que se han creado para pacientes afásicos son para la dimensión deficiencia.

BASES NEUROLÓGICAS DEL LENGUAJE

Prof. Flgo. Rafael González V.

Las funciones cerebrales superiores tales como el lenguaje dependen del trabajo concertado de todo un grupo de zonas corticales y estructuras subcorticales, cada una de las cuales aporta su propia función al resultado final. La lesión de uno de los componentes del sistema funcional complejo alterará todo el sistema de forma específica. Los componentes principales del lenguaje se encuentran en el hemisferio dominante (izquierdo), en la zona perisilviana.

Dominancia para el lenguaje: el 95% de los diestros tiene localizado el lenguaje en el hemisferio izquierdo y sólo un 5% en el hemisferio derecho. En cambio en los zurdos, el 70% tiene representado el lenguaje en el hemisferio izquierdo, un 15% en el hemisferio derecho y un 15% en forma bilateral.

El sexo es otra variable que influye en la representación cerebral del lenguaje. Las mujeres tienen una representación bilateral del lenguaje. En cambio los hombres tienen el lenguaje más lateralizado. La incidencia de afasia es de dos a tres hombres por una mujer.

Los sujetos con mayor escolaridad tienen el lenguaje más lateralizado.

La edad influye en la organización del lenguaje en el cerebro. Los pacientes de más edad tienen con mayor frecuencia afasia de Wernicke. En cambio, los más jóvenes tienen afasia de Broca. Existe una diferencia de 12 años promedio entre ambos tipos de afasia.

A continuación se describen las diferentes zonas cerebrales que participan en el sistema funcional del lenguaje:

Area de Broca (B): Se localiza en el lóbulo frontal izquierdo al pie de la tercera circunvolución, según el mapa de Brodmann corresponde al área 44 y 45. Las funciones de esta área son: la formulación verbal (morfosintaxis) que corresponde al lenguaje y la programación motora para la articulación que corresponde al habla.

Area de Wernicke (W): Se localiza en el lóbulo temporal izquierdo, área 22 y 42 en el mapa de Brodmann. Las funciones de esta área son comprensión auditiva y selección del léxico (relación con el sistema semántico) ambos procesos forman parte del lenguaje.

Circunvolución Supramarginal (SM): Se localiza en el lóbulo parietal inferior, área 40 en el mapa de Brodmann. Las funciones de esta región son principalmente en el procesamiento fonológico y en la escritura.

Circunvolución Angular (A): Se localiza en el lóbulo parietal izquierdo. En el mapa de Brodmann corresponde al área 39. Área terciaria que juega un importante rol en la integración visual, auditiva y táctil, y en la lectura y escritura

Fascículo Arqueado (FA): Une el área de Wernicke con el área de Broca (Bidireccional). Es fundamental de la repetición.

Lóbulo temporal: La memoria semántica se encuentra ubicada en los lóbulos temporales de ambos hemisferios. En el mapa de Brodmann correspondería a las áreas 38, 20 y 21. Algunos autores mencionan también el área 37. En cambio la recuperación léxica se localiza en el lóbulo temporal izquierdo.

Áreas Subcorticales: Las bases biológicas del lenguaje no sólo se encuentran en la corteza cerebral. Hay evidencia que estructuras subcorticales tales como el tálamo y ganglios basales participan en el lenguaje.

El tálamo podría jugar un rol importante en el monitoreo léxico-semántico y los ganglios basales en la formulación verbal. Para algunos investigadores esta participación sería en forma indirecta.

Cada una de estas áreas corresponde a un cuello de botella, son zonas de convergencia reciben y envían información a diferentes puntos del cerebro. La formulación o comprensión de una oración se activan varias de estas zonas en forma simultáneas. El funcionamiento del lenguaje en el cerebro implica tanto un procesamiento en paralelo como secuencial.

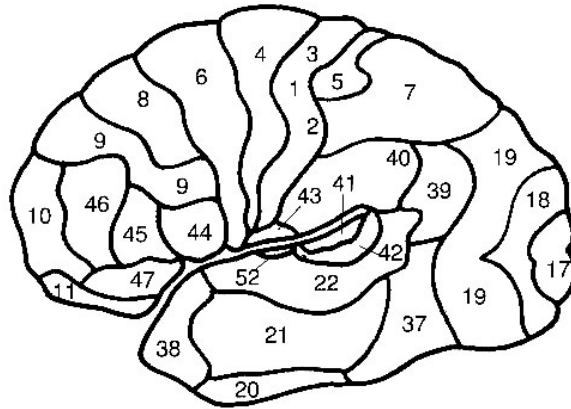


Fig. 1 Mapa de Brodmann. Cara lateral del cerebro.

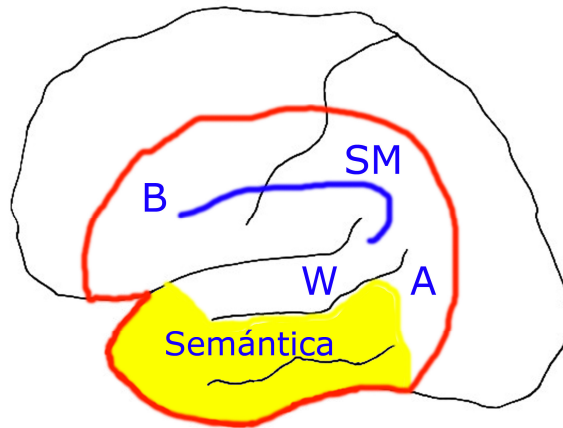
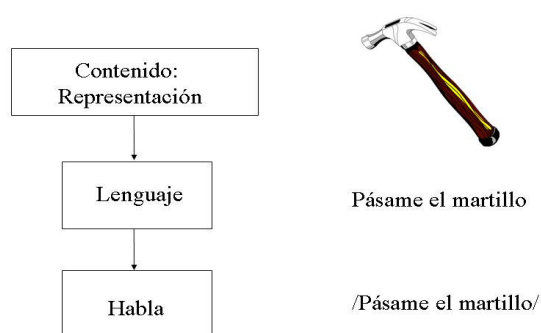


Fig. 2 Áreas del lenguaje

Componentes que intervienen en el proceso de producir una oración

Para formular una palabra, un sujeto piensa en un objeto, Posteriormente, accede al léxico con el propósito de seleccionar las palabras. El área de Wernicke sería la encargada de esta función. En paralelo se formula el enunciado ordenando las palabras en la forma adecuada y seleccionando los nexos. El área de Broca sería la encargada de esta función. Se seleccionan los fonemas que componen cada una de las palabras de la oración. La circunvolución supramarginal sería importante para esta función. Acto seguido, esta información viaja hacia el área de Broca a través del fascículo arqueado. A continuación, se inicia la programación motora para determinar los músculos que van a participar, cuales se van a contraer, por cuanto tiempo y los que se van a relajar. Esto ocurre en la región del área de Broca. Acto seguido esta información es enviada al área motora primaria (área 4 en el mapa de Brodmann), baja hacia los pares craneales a través del haz corticobulbar. Los pares craneales que participan en el habla son el V, VII, IX, X, XI y XII. Finalmente esta información llega a los músculos de los órganos fonoarticulatorios donde se llevan a cabo una serie de eventos que da como resultado la producción hablada del enunciado. Se pueden reconocer tres grandes etapas: pensamiento (sistema semántico), lenguaje y habla.

Pensamiento, lenguaje y habla



Afasia

La afasia es un trastorno de lenguaje adquirido; a consecuencia de un daño cerebral que por lo general compromete todas las modalidades, oral y escrita; cada una de las modalidades se puede comprometer cualitativa y cuantitativamente en forma diferente conformando grupos sindrómicos, pudiendo coexistir con deficiencias en el procesamiento cognitivo. Es habitual que los pacientes afásicos presenten dificultad en el lenguaje lecto-escrito. Estos trastornos se denominan alexia y agrafia.

Diagnóstico y Clasificación de la afasia

La clasificación puede ser vista como una ayuda necesaria para organizar el pensamiento acerca de un fenómeno. Sin clasificación no podríamos aprender de la experiencia. Seríamos poco eficientes para comunicar a otros las observaciones sobre un fenómeno.

La clasificación de la afasia implica un problema. En la práctica clínica entre el 60 y 80% de las afasias puede ser clasificada dentro de los cuadros sindrómicos clásicos.

Históricamente en el estudio de la afasia se han creado diferentes clasificaciones desde Carl Wernicke hasta las clasificaciones propuestas por la escuela de Boston en la actualidad.

Eliminado: I

Desde el punto de vista teórico existe una discusión de más de 100 años, si la afasia es un fenómeno unidimensional o multidimensional.

Un trastorno unidimensional, implica un trastorno multimodal. Se comprometen las cuatro modalidades: Lenguaje expresivo, lenguaje comprensivo, lectura y escritura. Según esta postura existe la afasia y no las afasias.

Un trastorno Multidimensional, implica que las modalidades del lenguaje no se comprometen por igual. Se configuran diferentes cuadros sindrómicos de acuerdo a las modalidades comprometidas y conservadas. Existen las afasias y no la afasia.

Apoyo para ambas posturas sobre la afasia: unidimensional o mutidimensional:

El cortex ténporo-parietal es el sustrato común de la afasia según Jeffrey Metter (1987).

Metter plantea un modelo que contiene dos componentes: fronto-parietal y temporo-parietal.

Los estudios indican que la región temporo-parietal es crítica para la afasia y la severidad. El componente frontal y subcortical son importantes para diferenciar los tipos de afasia.

Este modelo apoya a la afasia como un trastorno unitario que resulta de una disfunción temporo-parietal y los síndromes múltiples que resultan de las disfunciones subcorticales y del lóbulo frontal. Las alteraciones del lenguaje en la afasia están asociadas con cambios en la región temporo-parietal. Las características que distinguen entre los síndromes afásicos están asociados con los cambios en la extensión y naturaleza que ocurren en otras regiones del cerebro incluyendo las estructuras subcorticales y frontales.

La neuropsicología cognitiva y la clasificación

La postura cognitiva critica los sistemas de clasificación de la afasia porque no ayudan a comprender los procesos psicológicos que median la relación cerebro-conducta. Dos pacientes con afasia anómica pueden tener en común la dificultad para encontrar palabras. Sin embargo, la causa funcional de este defecto puede ser diferente. Uno puede tener un problema en el acceso al léxico y el otro un compromiso semántico.

Consideraciones finales sobre la clasificación

Los sistemas de clasificación son derivados de teorías.

El uso responsable de un sistema de clasificación implica tomar conciencia de sus limitaciones. La clasificación es potencialmente útil no únicamente para el manejo de los pacientes y investigación, también una herramienta para organizar el pensamiento acerca de la afasia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS AFASIAS: EVALUACIÓN CLÍNICA

Flga. Michelle Casanova R.

La evaluación de las Afasias utiliza procedimientos tanto clínicos como psicométricos. Sin embargo la disponibilidad de normas, no substituye la habilidad clínica para realizar un análisis sindromático y no puede nunca reemplazar el conocimiento acerca de la organización cerebral del lenguaje. De ahí la motivación de destacar la importancia de la Evaluación Clínica, proceso mediante el cual obtenemos información cualitativa acerca de las debilidades y fortalezas del paciente, estableciendo su grado de compromiso, identificando tanto las ayudas como los malos hábitos comunicativos, para establecer el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento; inclusive es considerada por algunos, como la primera aproximación clínica hacia el paciente que orientara el eventual uso de pruebas psicométricas o test estandarizados.

El diagnóstico diferencial de las afasias desde la perspectiva de la neuropsicología clásica, se basa principalmente en muestras de la producción oral, la comprensión auditiva, la repetición y la denominación, y adicionalmente incluye la evaluación de la lectura y la escritura.

Producción Oral. Fundamentalmente esta orientado a distinguir entre síndromes fluentes y no fluentes, para los cuales se sugiere considerar los parámetros de longitud de la frase, proporción de palabras de contenido/palabras funcionales, uso sintáctico, parafasias, prosodia y agilidad articulatoria. Una persona normal en promedio produce cerca de 100 a 175 palabras por minuto. En afásicos se describen rendimientos que varían de rangos de 12 a 220 palabras por minuto. El paciente fluente, se caracteriza por presentar enunciados producidos sin esfuerzo, con una longitud de la frase por sobre 5 o 6 palabras, con una adecuada articulación (aunque no necesariamente) y con patrones estructurales de la oración conservados, aunque éstos pueden presentar errores paragramaticales y se observan desde muy pocas a una gran cantidad de errores parafásicos. Generalmente se asocia a lesiones cerebrales posteriores; por el contrario, el paciente no fluente presenta un habla laboriosa, en cortos agrupamientos de palabras (pocas veces exceden las 3 o 4 palabras), con un deterioro en la articulación, son agramaticales y se aprecia disprosodia. Generalmente se asocia a lesiones anteriores e inclusive a lesiones fronto-putaminales como en el caso del mutismo. Se recomienda observar como se comportan estos parámetros en tareas de lenguaje conversacional (en relación a datos biográficos y/o eventos históricos bien conocidos) y muestra de lenguaje de exposición (como por ejemplo descripción de una lámina).

Comprensión Auditiva. Inicialmente se debe tener presente la existencia de déficit visuales (perceptivos o de campo visual), tener cuidado con la metría de los estímulos a utilizar, considerar variables cognitivas y factor educacional. Su deterioro puede hallarse tanto a nivel de palabras aisladas como en frases y oraciones. En cada nivel existen muchos grados de deterioro y sensibilidad a categorías de palabras particulares y a formas sintácticas específicas. Generalmente su compromiso se relaciona con lesiones en áreas temporo-parietales. Un buen examen debe contemplar tareas como órdenes dentro de un contexto natural como primera instancia, ya que se ha visto que responden francamente mejor en este tipo de tareas, para luego considerar el rendimiento a nivel de comprensión auditiva de palabras aisladas (primero de grupos de categorías y luego en forma aislada), comprensión de oraciones y párrafos (considerar detalles explícitos, implícitos y una idea principal). Se sugiere además incluir un amplio rango de categorías semánticas y sintácticas y controlar variables como: la emocionalidad, la relevancia personal (principalmente en pacientes severos quienes responden mucho mejor en actividades más familiares y contextualizadas), la frecuencia de aparición de los estímulos a emplear, la longitud, edad de adquisición de la palabra, complejidad gramatical y semántica.

Repetición. Descartando cualquier déficit perceptivo a nivel auditivo, de memoria y atención que puedan interferir con la tarea, se sugiere explorar este parámetro en tareas como repetición de monosílabos, palabras mixtas y polisilábicas (tanto reales como pseudopalabras), nombres de objetos, verbos, números, letras y palabras funcionales, hasta frases y oraciones de complejidad estructural

ascendente. También es importante considerar variables como la frecuencia, categoría, emocionalidad, complejidad fonémica, longitud y forma gramatical de las palabras. Generalmente su alteración se asocia a lesiones pre-rolándicas y ésta se puede verse alterada en tres puntos del proceso: a nivel del reconocimiento, de la articulación o por una disociación selectiva entre la aferencia auditiva y el sistema eferente como es el caso de los afásicos de conducción. De ahí que los errores que uno puede observar van desde fallas fonéticas, simplificaciones silábicas, aproximaciones sucesivas a la palabra buscada y autocorrecciones, parafasias, adición de sílabas o palabras hasta la ecolalia.

Denominación. Inicialmente se recomienda controlar factores extrínsecos que puedan afectar la evaluación como confusión, fallas atencionales, déficit comprensivos, fatiga y problemas visuales, para posteriormente comenzar la exploración por medio de tareas de denominación por confrontación visual, en donde se deben incluir elementos de alta y baja frecuencia, objetos, acciones, letras, números, colores y partes del cuerpo (recordar siempre establecer que la palabra denominada forme parte del vocabulario del paciente). Otras variables a considerar serían la categoría semántica, longitud, complejidad fonémica y valor emocional de los estímulos. También se pueden incluir tareas de respuestas por denominación, en donde las asociaciones semánticas facilitan la recuperación de la palabra, sin embargo estas deben aplicarse en sujetos con buen nivel comprensivo, de lo contrario esto interferiría en el rendimiento. Inclusive en pacientes con compromiso más leve se pueden realizar tareas de denominación dentro de una categoría, como es el caso de pruebas de fluidez verbal. La dificultad para acceder al léxico de manera adecuada es el síntoma característico y común de todas los tipos de afasia y se conoce como *anomia* y su presencia no tiene una correlación anatómica específica. Se pueden expresar clínicamente como pausas o indecisiones al expresarse, circunloquios, parafasias (fonémicas, verbales, semánticas y perseverativa), anomia a categorías específicas y anomia de modalidades específicas. Si bien se señala que el tipo de error tiene una correlación débil con el tipo de cuadro afásico, se suele asociar por ejemplo a las parafasias fonémicas con lesiones más anteriores y a las parafasias verbales con circuitos más posteriores.

Escritura. La escritura contempla aspectos lingüísticos, motores, práxicos, visuoespaciales y cinestésicos; por lo tanto, pueden presentar errores en deletreo (paragrafias gráficas, omisiones, etc.), sintaxis (paragramatismo/agramatismo), semántica (paragrafias semánticas) o por construcción pobre de rasgos físicos de la palabra escrita y dificultades en el manejo del espacio. Se sugiere realizar tareas de escritura automática v/s propositiva (de palabras regulares e irregulares); escritura por confrontación visual v/s escritura al dictado (palabras monosilábicas y de metría ascendente, regulares e irregulares), oraciones de longitud ascendente (inclusive el dictado puede ser más fácil a veces) y escritura narrativa. Generalmente se asocia a lesiones en el lóbulo parietal inferior (esquemas de la escritura) y el lóbulo frontal (salida grafomotriz).

Lectura. La lectura oral se sugiere valorar a nivel de palabras asiladas familiares o con carga emocional hasta oraciones de diferente complejidad semántica, sintáctica, fonémica y metría. Es importante considerar sustantivos, verbos, números, letras, palabras funcionales, regulares, irregulares, concretas, abstractas y pseudopalabras. La lectura comprensiva, se explora desde tareas simples como emparejar dibujo-palabra, agrupación de palabras en categorías semánticas o detectar la diferente del grupo, completación de frases o a nivel de párrafos señalar la alternativa correcta; se recomienda tener cuidado con la ejecución de órdenes escritas en el paciente afásico, ya que les cuesta entender el propósito de la tarea. Es posible encontrar errores visuales como lingüísticos a nivel de grafemas, palabras y frases. Generalmente se asocia a lesiones en áreas occipitales y giro fusiforme.

EVALUACIÓN DE LAS AFASIAS: TEST DE BOSTON

Prof. Flga. Lilian Toledo R.

Si bien a través de la entrevista con el paciente y con la evaluación clínica del paciente nos podemos hacer una idea bastante acertada del tipo de afasia y severidad que paciente, es necesario contar con evaluaciones estandarizadas que nos permitan documentar en forma confiable el rendimiento y evolución de los sujetos. Estos test son además de suma importancia cuando es necesario diagnosticar pacientes con leves trastornos de lenguaje, donde es fundamental contar con medidas estandarizadas para diferenciar al paciente afásico de la población normal.

Los test de afasia deben permitir valorar todos los aspectos que conforman los distintos subcomponentes lingüísticos, tanto a nivel oral como escrito. El instrumento debe ser flexible y adaptarse a cada paciente sin perder por ello su significación. Los test deben dirigirse a los siguientes objetivos generales: (1) diagnosticar la presencia y el tipo de síndrome afásico, que permita inferir sobre localización y procesos lingüísticos subyacentes, (2) evaluación del nivel de rendimiento a lo largo de un amplio rango de pruebas y (3) evaluación global de las dificultades y posibilidades del paciente en todas las áreas del lenguaje.

A la fecha se han creado numerosos test para evaluar la afasia, el **Test de Boston para el Diagnóstico de las Afasias (TBDA)** fue publicado en 1972, siendo una de las pruebas más frecuentemente utilizada en los últimos años. En español existen 3 traducciones realizadas por la Editorial Médica Panamericana en los años 1976, 1996 y 2005, la última versión incluye además un formato abreviado y otro ampliado.

El TBDA (2005), permite obtener un perfil general del lenguaje del paciente en diferentes áreas: habla conversacional y de expresión (escala de severidad), comprensión auditiva, expresión oral, lectura, escritura y praxis. En el anexo 1 se muestra cuadro comparativo de los subtest de la versión 1996 y 2005 respectivamente.

- (1) Habla conversacional y de expresión: permite establecer una buena relación con el paciente, evaluar su competencia funcional en la comunicación y realizar una evaluación formal del patrón de producción del habla. Los datos obtenidos en ésta área permite establecer la severidad a través de una escala que mide el grado de deterioro de la comunicación, donde 0 indica que no es posible ninguna comprensión útil ni producción del habla. El perfil está destinado a unir en un formato visualmente llamativo las escalas cuantitativas de las dimensiones de la afasia que contribuyen de manera fundamental a la clasificación diagnóstica (ver anexo 2).
- (2) Comprensión auditiva: evalúa comprensión de palabras, órdenes, material ideativo complejo y procesamiento sintáctico.
- (3) Expresión oral: evalúa agilidad oral, secuencias automatizadas, recitado, melodía y ritmo, repetición y denominación
- (4) Lectura: evalúa reconocimiento simbólico básico, identificación de palabras, fonética, morfología gramatical y derivativa, lectura en voz alta, lectura en voz alta de oraciones con comprensión y comprensión de lectura.
- (5) Escritura: evalúa mecánica de la escritura, habilidades codificadoras básicas, deletreo en voz alta, denominación escrita de dibujos, escritura de oraciones al dictado y escritura narrativa libre.
- (6) Apraxia: se evalúan gestos naturales, gestos convencionales, uso simulado de objetos con una finalidad concreta y movimientos bucofaciales respiratorios.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS AFASIAS FLUENTES

Flga. Andrea Helo H.

Características principales

Las afasias fluentes se caracterizan por presentar secuencias ininterrumpidas de cinco palabras o más, bien articuladas, con dificultad para recuperar palabras, las que esta desproporcionadamente alterada al compararla con la fluidez. Las frases que generalmente gramaticalmente correctas, las palabras funcionales (artículos, preposiciones, verbos auxiliares, conjunciones e inflexiones de sustantivos y verbos) se encuentran presentes conservando su ubicación en la oración, aunque pueden existir errores de omisión o sustitución. Pueden observarse errores en la producción de palabras (parafasias de tipo semánticas y verbales) y errores en la elección de los fonemas (parafasias fonémicas). También se puede observar paragramatismo a causa de parafasias de múltiples palabras (palabras funcionales), lo que se traduce en enunciados que conservan la estructura superficial del español para perdiendo la estructura lógica de la oración. En los casos más severos un verbo puede ser remplazado por un sustantivo o viceversa.

Tipos de afasia fluente

Afasia de Wernicke: (Head: Afasia Sintáctica, Goldstein: Afasia sensorial; Luria: Afasia acústica)

Ubicación de la lesión: Generalmente lesión en la porción posterior de la primera circunvolución temporal del hemisferio izquierdo.

Características principales:

Expresión verbal: Lenguaje fluente, sin dificultad articularia, la velocidad con la que hablan puede estar aumentada lo que se conoce como "presión en el habla".

Una característica que se encuentra siempre presente es una marcada anomia (dificultad para recuperar las palabras). Muchas veces pueden producir una gran cantidad de palabras pero sin palabras significativas por lo que no es posible reconocer las ideas "habla vacía".

En los niveles más severos y en las etapas iniciales puede existir un gran número de parafasias (literales, verbales, semánticas) así como neologismos, dando origen a una jerga sin significado (jergafasia). Sin embargo, se siguen distinguiendo las palabras gramaticales y la inflexión de sustantivos y verbos parafásicos. Estos pacientes generalmente presentan paragramatismo por presencia de parafasias de las palabras funcionales, sin embargo, estas palabras conservan su ubicación gramatical.

La repetición en general presenta distorsiones parafásicas, pueden presentarse neologismos e inserciones irrelevantes. Se puede observar ampliación, es decir, los sujetos agregan una palabra o una frase o utilizan una frase más compleja que la dada por el examinador.

Cuando el paciente se recupera hasta presentar un cuadro leve la frecuencia de las parafasias puede reducirse y los pacientes pueden mostrar conciencia de sus errores presentando autocorrecciones e inhibición de las respuestas incorrectas.

Comprensión auditiva: Puede verse muy afectada incluso a nivel de palabras. Los pacientes más severos o en etapas agudas pueden tener una comprensión auditiva nula. Generalmente, se observa un nivel de comprensión limitado a palabras aisladas o frases sencillas. Cuando el paciente se recupera y alcanza los niveles más leves la comprensión auditiva puede mejorar limitarse a oraciones complejas. Es frecuente observar fatiga.

Por lo general, la lectura y escritura se encuentran severamente alteradas.

La lectura se encuentra alterada generalmente en forma similar a la comprensión auditiva, sin embargo, puede existir una variación entre la comprensión auditiva y la comprensión lectora.

La escritura no se ve afectada en cuanto a la grafía pero el contenido puede ser ininteligible. Muchos pacientes producen una escritura fluente con paragrafias similar a su expresión oral. Puede haber uso repetitivo de ciertas palabras con falta de sustantivo y palabras de acción concreta.

Severidad: El grado de severidad de la afasia de Werincke puede presentar cualquier nivel desde “0” a “4” según la escala de severidad del test de Boston debido que en los niveles 4 y 5 es difícil distinguirlos de los afásicos anómicos.

Afasia de Conducción: (Goldstein: Afasia central; Luria: Afasia motora aferente)

Ubicación de la lesión: Se asocia generalmente a una lesión del fascículo arcuato (Geschwid (1965) circunvolución temporal superior (en algunos casos pueden provocar afasia de conducción), la ínsula en asociación con la corteza auditiva (Damasio y Damasio, 1980) Lesiones parietales, circunvolución postcentral y supramarginal

Características principales:

Expresión verbal:

La dificultad más sobresaliente es la elección y secuenciación apropiada de fonemas (parafasias literales o fonémicas) sin alteración de la agilidad articulatoria y uso normal de los morfemas gramaticales. Muchos pacientes presentan una dificultad importante para encontrar las palabras, el paciente debe hacer un gran esfuerzo para organizar la secuencia de los fonemas pudiendo presentar vacilaciones y autocorrecciones afectando la fluidez.

Generalmente, estos pacientes no presentan dificultades con la denominación ni repetición de palabras monosilábicas pero presentan muchas dificultades con las palabras multisilábicas.

La repetición se encuentra severamente alterada en relación al nivel de fluidez, (principalmente a nivel de palabras polisilábicas). En la repetición de dígitos o colores se observa una propensión por sustituir palabras (parafasias semánticas), en cambio, en la repetición de palabras o frases lo más característico es la gran presencia de parafasias fonémicas y no se observan sustituciones de palabras.

Comprensión auditiva: Generalmente se encuentra conservada. En algunos casos se pueden observar dificultades con las estructuras gramaticales complejas, o expresiones que contienen múltiples frases. Generalmente, la comprensión es adecuada a nivel conversacional. La comprensión lectora suele estar relativamente conservada observándose dificultades en la lectura oral.

La escritura puede presentar desde defectos leves en el deletreo hasta una alteración severa. Generalmente, se observan paragrafias literales y omisiones de letras. En ocasiones se puede observar además una agrafia apráxica.

Severidad: El grado de severidad de la afasia de Conducción puede presentar cualquier nivel desde “0” a “4” según la escala de severidad del test de Boston. En los pacientes más severos “0 a 1”, generalmente se observa un patrón similar al de la afasia de Wernicke en la etapa aguda. Por lo que el menor puntaje que se les asigna es el “2”. Los más leves mejoran hasta “4”, luego ya no se detectan las características del trastorno.

Afasia Anómica: (Goldstein: Afasia amnésica; Head: Afasia nominal; Luria: Afasia amnésica acústica).

Ubicación de la lesión: Cualquier lesión cerca de las áreas del lenguaje puede provocar anomia. Frecuentemente se ha observado afasia anómica por lesión de la circunvolución angular y de la segunda circunvolución temporal.

Características principales:

Expresión verbal:

En este cuadro la característica principal es la dificultad para recuperar palabras “anomia” con dificultad para encontrar palabras de contenido en el contexto de una habla fluente y gramaticalmente bien estructurada. Se diferencia de las otras afasias por la ausencia de parafasias fonémicas y verbales. En la conversación se observan frecuentemente circunloquios para remplazar las palabras estos resultan muchas veces muy vagos y aparecen como extraños para el interlocutor.

En los casos más severos se observan dificultades importantes en las pruebas de denominación. Pero generalmente esta afasia es leve y los pacientes presentan buen rendimientos en tareas de denominación por confrontación visual y la anomia se observa más bien en la conversación con palabras de mediana a baja frecuencia.

Las afasias de Wernicke y de Conducción pueden evolucionar a una afasia anómica.

Comprensión auditiva: Se encuentra relativamente intacta. Sin embargo, los pacientes pueden presentar dificultades en la comprensión auditiva de palabras muy relacionadas semánticamente (ej. Bolso- Cartera).

La comprensión lectora generalmente se encuentra conservada.

En la escritura presentan dificultades en la denominación escrita.

Severidad: Esta afasia generalmente es una afasia leve, la mayoría de los pacientes reciben una puntuación de "3" o "4" en la escala de severidad del test de Boston.

Afasia transcortical sensorial :

Ubicación de la lesión: Generalmente son lesiones posteriores dentro del territorio limítrofe entre las arterias cerebrales media y posterior, en la zona parieto-temporal y temporooccipitales sin comprometer al área de Wernicke.

Características principales:

Expresión verbal:

Los pacientes con este trastorno presentan un perfil similar que el de la afasia de Wernicke salvo en la repetición. Se observa un lenguaje fluente, sin alteraciones en la articulación, las palabras funcionales conservan su ubicación gramatical. La denominación por confrontación visual esta alterada. Frecuentemente presentan parafasias y neologismos. Una característica que se encuentra siempre presente es la severa dificultad para recuperar las palabras

Los pacientes pueden presentar ecolalias y la repetición esta muy conservada pudiendo repetir incluso frases largas y gramaticalmente complejas, pseudopalabras e incluso palabras en otro idioma. Hay tendencia a la verborrea, el lenguaje automático suele estar conservado una vez iniciado por el examinador.

La lectura oral suele estar conservada pero se observa una alteración importante de la comprensión lectora.

La escritura se encuentra alterada observándose un patrón similar al observado en la afasia de Wernicke.

Comprensión auditiva:

La comprensión auditiva se encuentra alterada pudiendo llegar a ser nula.

Severidad:

El grado de severidad de la afasia transcortical sensorial puede presentar cualquier nivel desde "0" a "4" según la escala de severidad del test de Boston.

En los niveles 4 y 5 es difícil distinguirlos de los afásicos anómicos.

CUADRO RESUMEN: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS AFASIAS FLUENTES

| CARACTERÍSTICAS DE LA AFASIAS FLUENTES | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | AFASIA DE WERNICKE | AFASIA DE CONDUCCIÓN | AFASIA TRASCORTICAL SENSORIAL | AFASIA ANÓMICA |
| LENGUAJE CONVERSACIONES | Fluente, no informativo, jergafasia | Fluente, parafasias fonémicas | Fluente, parafásico, no informativo con ecolalia | Fluente, marcada anomia, circunloquios |
| COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE | Alterado | Conservado o levemente alterado | Alterado | Conservado o levemente alterado |
| REPETICIÓN | Alterada | Severamente alterada | Normal | Conservada |
| DENOMINACIÓN | Alterada | Alterada | Alterada | Alterada |
| LENGUAJE AUTOMÁTICO | Alterado moderadamente | Conservado o levemente alterado | Normal | Conservado |
| LECTURA ORAL | Alterada o normal | Alterada | Alterada | Normal o |
| COMPRENSIÓN LECTORA | Alterada o relativamente conservada | Conservada o levemente alterada | Alterada | Normal o levemente alterada |
| ESCRITURA | Alterada | Alterada | Alterada | Alterada (anomia) o normal |
| SIGNOS NEUROLÓGICOS ASOCIADOS | | | | |
| SISTEMA MOTOR | Normal | Leve hemiparesia | Normal | Normal |
| DISARTRIA | Ausente | Ausente | Ausente | Ausente |
| PERDIDA DE SENSIBILIDAD | Ausente | Presente | Ausente | Ausente |
| APRAXIA | Ausente | Ideomotora | Usualmente ausente | Usualmente ausente |
| CAMPO VISUAL | Normal o cuadrantopsia superior | Normal | Normal o defectuoso | Normal |
| AGNOSIA VISUAL | Ausente | Ausente | Usualmente leve | Usualmente ausente |
| ANOSOGNOSIA | Usualmente presente | Ausente | Presente o ausente | Ausente |
| SITIOS DE LESIÓN MÁS FRECUENTES | | | | |
| | Circunvolución temporal superior y media | Lesiones parietales, circunvolución postcentral y supramarginal, fascículo arcuato, insula | Temporo –occipital, parieto- occipital izquierdo | Girus angular, segunda circunvolución angular (las tras afasias pueden evolucionar a anómica) |

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS AFASIAS NO FLUENTES

Prof. Flga. Lilian Toledo R.

La precisión de un diagnóstico diferencial es esencial para entregar un pronóstico, enfoque de tratamiento. Se utilizan diferentes criterios para clasificar las afasias, tales como el semiológico o el anatómico.

El criterio de “fluidez en la expresión oral” es muy útil en la clínica y permite distinguir entre las afasias fluentes (Wernicke, Anómica, etc.) de las no fluentes (Broca, Global, etc.) ya que permite distinguir dos patrones contrarios de producción del habla, en el caso de las no fluentes se produce típicamente de forma laboriosa, en cortos agrupamientos de palabras que pocas veces exceden 3 o 4 palabras por enunciado.

Otro criterio utilizado es la alteración en expresión, comprensión o en ambos, clasificando las afasias en expresiva y receptiva. La afasia expresiva se relaciona habitualmente con lesiones anteriores mientras que las receptivas con lesiones posteriores. El criterio anatómico clasifica las afasias dependiendo de la localización de la lesión, en afasias anteriores (lesión pre-rolándica izquierda, en las proximidades del área de Broca) y afasias posteriores (lesión temporoparietal izquierda, en las proximidades del área de Wernicke o en la región parietal posterior).

Las afasias no fluentes habitualmente presentan alteración de la capacidad para generar los movimientos para articular palabras, sin embargo algunos de ellos pueden tener prácticamente normal la articulación en denominación de objetos lo que hace que sus perfiles en articulación aparezcan como normales y que tengan niveles muy reducidos en la longitud de la frase. En relación a la recuperación de las palabras y la articulación, en general, se recuperan de modo paralelo, es decir en la medida que se recuperan más las palabras comunes éstas tienden a estar bastante bien articuladas. El agramatismo –salvo algunas excepciones- forma parte de las afasias no fluentes, y corresponde a la pérdida de los elementos gramaticales que señalan la relación entre las palabras en una oración, siendo éstos la representación del orden de las palabras y el uso de funciones gramaticales (artículos, preposiciones, verbos auxiliares, inflexiones de sustantivos y verbos).

Afasias no Fluente:

a) Afasia de Broca:

Fue denominada inicialmente por Paul Broca como *afemia*, otros nombres que ha recibido son *afasia motora eferente o cinética*, *afasia expresiva*, *afasia verbal* o *afasia sintáctica*. Sus principales características son:

| Características del lenguaje | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| Lenguaje conversacional | No fluente |
| Comprensión del lenguaje | Relativamente normal |
| Repetición | Alterada |
| Denominación | Alterada |
| Lectura en voz alta | Alterada |
| Lectura comprensiva | Relativamente normal |
| Escritura | Alterada |
| Signos neurológicos asociados | |
| Sistema motor | Habitualmente hemiparesia |
| Disartria | Severa |
| Perdida de sensibilidad | Alterada |
| Campo visual | Normal |
| Agnosia | Ausente |

Se caracteriza por lenguaje expresivo no fluente, compuesto por expresiones cortas y agramaticales producidas con gran esfuerzo. El nivel de comprensión del lenguaje es superior a la producción verbal aunque nunca es normal presentándose agramatismo receptivo. La repetición se encuentra alterada con presencia de parafasias fonológicas. La producción de series automáticas es mejor que el lenguaje espontáneo. La denominación se encuentra alterada al igual que la lectura en voz alta, la comprensión de lectura se encuentra relativamente conservada. La escritura está severamente alterada a nivel espontáneo, copia y dictado.

La mayoría de pacientes con afasia de Broca presentan un déficit motor, más o menos grave, del hemicuerpo derecho.

Los estudios de neuroimagen confirman la relación de la afasia de Broca con lesiones extensas que afectan el pie de la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo y áreas adyacentes, entre ellas, las áreas rolándicas de la región parietal y en profundidad hasta los ganglios basales. Cuando la lesión se restringe al área de Broca, habitualmente la afectación del lenguaje es moderada y la recuperación buena o bastante buena.

b) Afasia Global:

El término de afasia global se utiliza cuando están gravemente afectadas tanto las funciones expresivas como las receptivas del lenguaje. Al principio del cuadro el paciente suele presentar una abolición total de las emisiones lingüísticas. Pasados unos días o semanas, aparecen algunos elementos automatizados y en ocasiones producciones estereotipadas.

El estado emocional de los pacientes con afasia global suele tender a la depresión como reacción a su dificultad comunicativa y a la afectación motora (hemiplejía derecha), que suelen ser la regla en este tipo de afasia. En general, los pacientes con afasia global presentan lesiones extensas en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, con afectación de las áreas frontoparietales y temporoparietales.

| Características del lenguaje | |
|--------------------------------------|--------------------|
| Lenguaje conversacional | No fluente |
| Comprensión del lenguaje | Alterada |
| Repetición | Alterada |
| Denominación | Alterada |
| Lectura en voz alta | Alterada |
| Lectura comprensiva | Alterada |
| Escritura | Alterada |
| Signos neurológicos asociados | |
| Sistema motor | Hemiparesia severa |
| Disartria | Severa |
| Perdida de sensibilidad | Alterada |
| Campo visual | Normal |
| Agnosia | Ausente |

c) Afasias no Fluente Mixta:

Presenta prácticamente el mismo patrón que la Afasia de Broca, donde la extensión de la frase pocas veces supera las 5 palabras y la producción de sus oraciones son gramaticalmente incompletas. El parámetro que permite hacer el diagnóstico diferencial es la comprensión auditiva, la que se encuentra bajo el percentil 50, sobre este percentil se considera Afasia de Broca y bajo el percentil 25 se considera Afasia Global.

d) Afasia Transcortical Motora:

También ha sido denominada *afasia dinámica*, *síndrome de aislamiento anterior* o *afasia extrasilviana motora*. Se caracteriza por un lenguaje expresivo no fluente, buena comprensión y repetición normal o casi normal. La prosodia, articulación y gramática se encuentran conservadas. Se observan latencias aumentadas en la iniciación verbal, expresiones poco elaboradas y ocasionalmente parafasias verbales. En la fase inicial se puede observar mutismo, así como ecolalia y perseveraciones. Este tipo de afasia está asociado a lesiones prefrontales izquierdas. Las características clínicas son:

| Características del lenguaje | |
|---|----------------------|
| Lenguaje conversacional | Escaso, ecolálico |
| Comprensión del lenguaje | Relativamente normal |
| Repetición | Buena o normal |
| Denominación | Ligeramente normal |
| Lectura en voz alta | Alterada |
| Lectura comprensiva | Relativamente normal |
| Escritura | Alterada |
| Características neurológicas asociadas | |
| Sistema motor | Hemiparesia leve |
| Disartria | Ausente |
| Perdida de sensibilidad | Ausente |
| Campo visual | Normal |
| Agnosia | Ausente |

Se asocia a lesión frontal anterior paramedial y lesión anterosuperior al área de Broca.

e) Afasias Transcortical Mixta:

Conocida también como *síndrome de aislamiento del área del lenguaje*. Las características clínicas son:

| Características del lenguaje | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| Lenguaje conversacional | No fluente con ecolalia |
| Comprensión del lenguaje | Severamente defectuosa |
| Repetición | Buena |
| Denominación | Alterada |
| Lectura en voz alta | Alterada |
| Lectura comprensiva | Alterada |
| Escritura | Alterada |
| Signos neurológicos asociados | |
| Sistema motor | Variable, reflejos patológicos |
| Disartria | Habitualmente ausente |
| Perdida de sensibilidad | Habitualmente ausente |
| Campo visual | Normal a defectuoso |
| Agnosia | Habitualmente leve |

Se diferencia de la afasia global en que el lenguaje repetido se encuentra conservado aunque bajo el nivel normal. El lenguaje espontáneo prácticamente está ausente y la expresión se reduce a la repetición de lo que oye (ecolalia).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ardila A (2006) Orígenes del lenguaje: un análisis desde la perspectiva de las afasias. *Rev Neurol.* 43:690-698.

Ardila A (2006) Las Afasias. Department of Communication sciences and disorders Florida International University, Miami, Florida, E.E.U.U.

Bastiaanse R, van Zonneveld (2004) Braca's aphasia, verb and mental lexicon. *Brain and Language.* 90:198-202.

Chapey, R. (2001). Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders. 4ª edición, edit. Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore, USA.

Cuetos F. (1998) Evaluación y Rehabilitación de las Afasias. Aproximación cognitiva. Ed. Panamericana. Madrid.

Gill, R. (2004). Manual de Neuropsicología. Edit. Masson S.A. Barcelona, España.

Goodglas H, Kaplan E y Barresi B (2005) Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados. 3ra Edición. Ed. Panamericana. Madrid.

Helm-Estabrooks, N. y Albert, M. (2005). Manual de la Afasia y de Terapia de la afasia. 2ª edición, Edit. Médica Panamericana, Madrid.

Perea-Bartolomé MV (2001) Clasificación del síndrome afásico. *Rev Neurol.* 32:483-488.

Ross K, Wertz R (2002) Accuracy of formal test for diagnosing mild aphasia: An application of evidence-based medicine. *Aphasiology.* 18:337-355.

Vendrell JM (2001) Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Rev Neurol.* 32:980-986.

Anexo 1: Cuadro comparativo de los Subtest del TBDA años 1996 y 2005

| ÍTEM | 1996 | 2005 |
|---|---|---|
| HABLA DE CONVERSACIÓN Y EXPOSICIÓN | | Respuestas sociales sencillas Conversación libre Descripción de una lámina Fábulas de Esopo* |
| COMPRESIÓN AUDITIVA | Discriminación de palabras, órdenes, identificación de partes del cuerpo, material ideativo complejo | Comprensión de palabras: - Discriminación de palabras: - Comprensión de palabras por categoría (herramientas, alimentos, animales, partes del cuerpo, localización en mapa) - Exploración semántica Órdenes Material ideativo complejo: Procesamiento sintáctico - Tocar A con B - Posesivos reversibles - Oraciones incrustadas |
| EXPRESIÓN ORAL | Agilidad oral, secuencias automatizadas, recitado y ritmo, repetición de palabras, repetición de frases y oraciones, lectura de palabras, respuestas de denominación, denominación por confrontación visual, denominación de partes del cuerpo, nombrar animales, lectura de oraciones en voz alta. | Agilidad oral (verbal y no verbal) Secuencias automatizadas Recitado, melodía y ritmo Repetición: - Palabras - Logotomas - Oraciones Denominación: - Respuesta de denominación - TVB - Denominación por categoría (letras, números, colores, acciones, animales, herramientas) |
| LECTURA | Denominación de letras y palabras, asociación fonética, emparejar dibujo-palabra, lectura de oraciones y párrafos, comprensión de lectura. | Reconocimiento simbólico básico: - Tipos de escritura - Números Identificación de palabras: - Emparejar dibujo-palabra - Decisión léxica Fonética: - Reconocimiento de palabras - Análisis fonético avanzado Morfología gramatical y derivativa: - Emparejamiento con habla - Morfemas gramaticales ligados - Morfemas derivativos Lectura en voz alta: - Palabras - Palabras especiales Lectura de oraciones en voz alta Comprensión de lectura |
| ESCRITURA | Mecánica de la escritura, recuerdo de símbolos escritos, encontrar palabras escritas, escritura descriptiva. | Mecánica de la escritura Habilidad codificadora básica: - Vocabulario básico - Fonética regular - Formas irregulares comunes - Irregulares poco frecuentes - Logotomas |

| | | |
|---------------|--|---|
| | | Deletreo oral Denominación escrita de dibujos Influencias cognitivas/gramaticales sobre resuperación escrita de palabras: - Palabras funcionales - Afijos derivativos - Formas verbales - Oraciones con palabras funcionales Escritura descriptiva |
| PRAXIS | | Extremidades/manos, bucofacial/respiratoria |

*Se muestran en negrillas los subtest nuevos de la versión 2005

Anexo 2

ESCALA DE SEVERIDAD Y PERFIL DE CARACTERÍSTICAS DEL HABLA (Basado en la conversación libre, descripción de una lámina y fábulas de Esopo)

ESCALA DE SEVERIDAD DE LA AFASIA

0. Ausencia de habla o de comprensión auditiva.

1. La comunicación se efectúa en su totalidad a partir de expresiones incompletas; gran necesidad de inferencias, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es limitado y el peso de la conversación recae sobre el oyente.

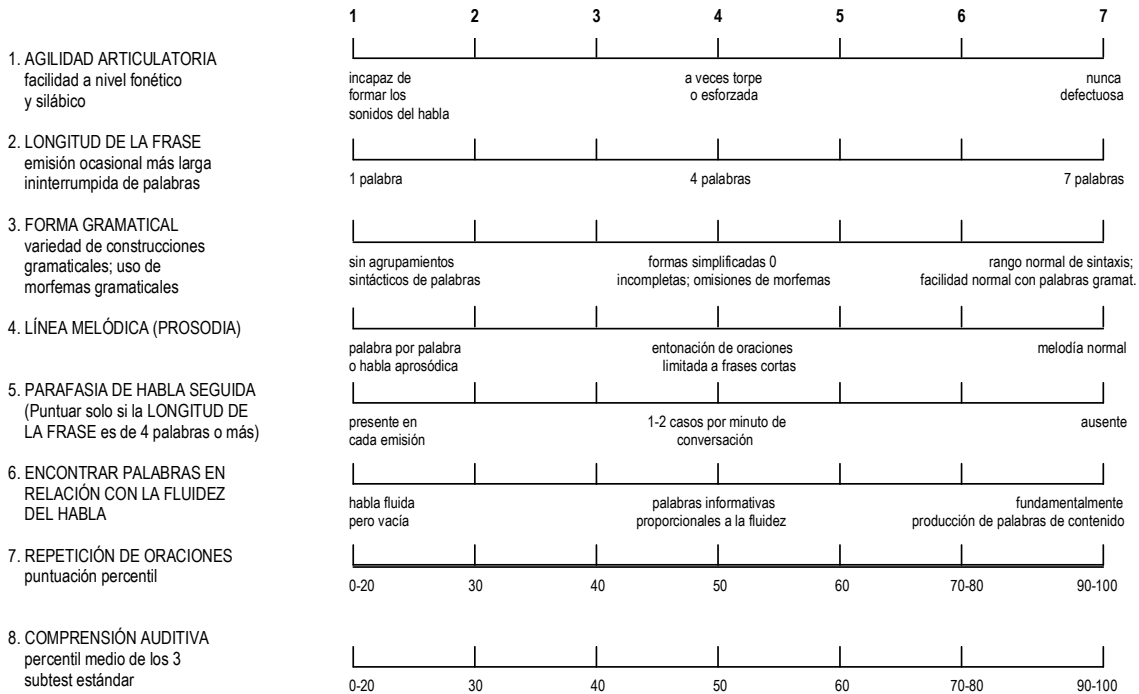
2. El paciente puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracasos frecuentes al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación con el examinador.

3. El paciente puede referirse a prácticamente todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella. Sin embargo, la reducción del habla, de la comprensión o de ambas hace sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas.

4. Hay alguna pérdida obvia de fluidez en el habla o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o de su forma de expresión.

5. Mínimos deterioros observables en el habla; el paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.

PERFIL DE CARACTERÍSTICAS DEL HABLA



**VOLUMEN
VOZ
VELOCIDAD**

**Hipotónico
Suave
Lenta**

**Normal
Normal
Normal**

**Fuerte
Ronca
Rápida**