
Herramientas frente a la afasia. Valoración empírica de los instrumentos para su diagnóstico y tratamiento

Tools for Aphasia. Empirical Assessment of Diagnostic and Treatment Instruments

Vanessa Rozas Calderón¹
rozascalderon@uac.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0002-4022-4071>
Universidad Andina del Cusco

Santiago Sevilla-Vallejo²
santiagoosevilla@usal.es
<https://orcid.org/0000-0002-9017-4949>
Universidad de Salamanca

Bindú Lisset Tapia Vásquez³
bindu05tv@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-7292-7706>
Eufasia contigo

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article

Según formato APA

Rozas Calderón, V., Sevilla-Vallejo, S. y Tapia Vásquez, B.L. (2024). Herramientas frente a la afasia. Valoración empírica de los instrumentos para su diagnóstico y tratamiento. *Revista pensamiento transformational*.

Resumen. En una publicación anterior, se observó que la afasia recoge un conjunto de trastornos que dificultan la comunicación en distintos niveles lingüísticos y, secundariamente, afecta la identidad de los pacientes. Se observó también que el tratamiento que recibe en Perú, España e Italia es muy limitado (Tapia, Rozas-Calderón y Sevilla-Vallejo, 2019). En otros países, se ha identificado que no se dedican suficientes medios para la rehabilitación de los daños neuronales (Murie et al., 2012) e, incluso, cuando se investiga la afasia, se dedica muy poca atención a las necesidades psicológicas de los pacientes (Da Silva et al., 2019). Los estudios mencionados recogen algunas de las herramientas que se emplean con frecuencia, pero no analizan las evidencias empíricas y terapéuticas sobre la calidad de las

herramientas ni su eficiencia en el diagnóstico oportuno de la afasia para su rehabilitación adecuada. Por este motivo, este estudio pretende valorar algunas de las principales escalas útiles para el diagnóstico y el tratamiento para que sirvan de guía acerca de la calidad y de los usos de las herramientas.

Palabras clave: trastorno adquirido del lenguaje, afasia, diagnósticos, rehabilitación, interpretación de datos estadísticos

Abstract. In a previous publication, it was noted that aphasia includes a set of disorders that hinder communication at different linguistic levels and, secondarily, affect the identity of patients. It was also noted that the treatment it receives in Peru, Spain and Italy is very limited (Tapia, Rozas-Calderón and Sevilla-Vallejo, 2019). In other countries, it has been identified that not enough means are dedicated to the rehabilitation of neuronal damage (Murie et al., 2012) and even when aphasia is investigated, very little attention is devoted to the psychological needs of patients (Da Silva et al., 2019). The aforementioned studies collect some of the tools that are frequently used, but they do not analyse the empirical and therapeutic evidence on the quality of the tools and their efficiency in the timely diagnosis of aphasia for its appropriate rehabilitation. For this reason, this study aims to assess some of the main scales useful for diagnosis and treatment to serve as a guide to the quality and uses of the tools.

Keywords: acquired language disorder, aphasia, diagnoses, rehabilitation, statistical data interpretation

1 Introducción. Relación entre el Tiempo de Intervención Terapéutica y la Mejora

Murie *et al.* (2012) realizaron investigaciones para conocer las implicancias de la recuperación funcional por cada día de retraso en la neurorrehabilitación y, además, saber cómo afecta este retraso en pacientes institucionalizados en el alta. Estudiaron a pacientes entre abril de 2005 y septiembre de 2008 del hospital Parkwood en Ontario. Aplicaron la escala de medida de Independencia Funcional (FIM), la cual tiene 18 ítems, de los cuales 13 evalúan motricidad y 5 evalúan cognición, tanto comunicativa como social. Murie *et al.* (2012) comentan que la intervención de 40

días fue insuficiente para generar una mejoría significativa en los aspectos cognitivos. Los autores encontraron una media en la mejoría de 21,8 puntos en la escala FIM que, en su mayoría, se produjeron en la movilidad (19,3) y, en menor medida, en la cognición (2,5). Un dato revelador es que los sujetos que fueron tratados entre los 0 y los 15 primeros días desde el ictus regresaban en un 71,64 % a su casa sin ayuda tras el tratamiento; si el tratamiento se dio entre los 15 y los 30 días, se reducía a un 55,72 %; entre los 30 y los 45, caía a un 45,24 %; y, cuando era mayor de 45 días, 38,64 %. Es decir, entre los rangos recogidos, se divide aproximadamente a la mitad el porcentaje de pacientes que pueden volver a una vida libre de tratamientos. Del mismo modo, aquellos pacientes que recibieron neurorehabilitación entre los 0 y los 15 días después del ingreso hospitalario necesitaron ser institucionalizados en un 5,37 %; entre 15 y 30 días, en un 11,47 %; entre 30 y 45 días, en un 19,05 %; y, cuando fue de más de 45 días, en 18,94 %. Aunque en este caso la progresión no es lineal, se puede observar que hay también un aumento de institucionalización de más de un triple entre el primer rango y los dos últimos. Se puede observar que, a medida que se dilata el tratamiento, se produce un alza progresiva en la institucionalización. Posteriormente, Turner-Stokes *et al.* (1999) desarrollaron la escala FAM de forma complementaria a la escala FIM (Castellanos-Pinedo *et al.*, 2012). Está compuesta de 12 ítems que se ocupan de las áreas comunicación, cognitiva y psicosocial. Esta escala fue validada en español por Duque *et al.* (2012). De esto, se extraen dos ideas. La primera es que una correcta y rápida intervención ante el diagnóstico resulta fundamental y será definitiva para su posterior neurorrehabilitación. La segunda, que existen instrumentos que aplican en más medida los terapeutas ocupacionales, como la escala FIM, pero que hay otros instrumentos o ampliaciones de los instrumentos que sirven a otros profesionales sanitarios. Por ello, es esencial conocer no solo el valor de las herramientas, sino también su potencial a la hora de aplicarlos desde una profesión determinada.

En el caso de este estudio, interesa la faceta psicológica porque es un elemento que tiene un papel principal en las vivencias del sujeto, en el desarrollo de la enfermedad y en la identidad del sujeto. En la intervención y evaluación de la afasia, Jiménez (2011) explica las diversas respuestas que surgen en cada persona afectada según factores de personalidad, intelectuales, motivación y trastornos asociados, Jiménez

recomienda elaborar la intervención sobre la base de seis ejes fundamentales en este trastorno. Asimismo, enfatiza que el apoyo familiar eleva la motivación del sujeto. Además, Jiménez (2011) recomienda que la intervención se realice pasada la fase aguda de la enfermedad, ACV, o la afectación que le derivo en este trastorno.

Se han descrito ampliamente las dificultades asociadas a diversos tipos de afasia, es decir, existe investigación sobre las consecuencias de la afasia en la vida de los pacientes, análisis de su rehabilitación, revisiones sobre el concepto de afasia y la evolución de este. Sin embargo, “una de las dificultades en el análisis y estudio de las afasias es la ausencia de un método estándar del examen que permita correlacionar casos y establecer un lenguaje común entre los diferentes investigadores” (Jiménez, 2011).

2 Materiales y Métodos

Este trabajo realiza un análisis del estado del arte en relación a las áreas evaluadas del trastorno de afasia y las herramientas más comunes para su diagnóstico. No tiene ninguna pretensión de exhaustividad, sino ofrecer una comparativa sobre los procedimientos y evidencias empíricas de los instrumentos más comunes.

3 Resultados y discusiones

Áreas de Evaluación

Como la afasia es un trastorno que involucra diversas áreas funcionales y tiene repercusión indirecta en otras, los instrumentos utilizados para su evaluación también están enfocados en conocer el estado funcional de diferentes áreas. Se describen a continuación aquellos especializados en cada una de estas. A continuación, se van a exponer organizadas en las cuatro subcompetencias verbales (Jiménez 2011, pp. 2-3), tal como se hizo con anterioridad (Roselli, Matute y Ardila, 2010; Tapia, Rozas y Sevilla-Vallejo, 2019).

Expresión verbal. Esta área funcional se conoce también como “el habla espontánea” y su evaluación debería valorar: la fluidez de la expresión verbal, errores

fonéticos, agramatismo, parafasias y otros errores en la construcción de las frases. También es importante conocer qué características presenta el lenguaje verbal, tales como agilidad, disartria, etc. Algunos autores consideran importante la evaluación de esta área (Sangorrín, 1991); sin embargo, muchos de los instrumentos de evaluación no tienen actividades que la evalúen.

Comprensión verbal. Esta área debería ser evaluada considerando actividades como la designación de objetos, nombres, sucesos, etc. que guardan relación con palabras o situaciones. También considerando series de órdenes desde simples hasta complejos. Algunos ejemplos de ejercicios serían: “la repetición de sílabas”, palabras o frases; “la denominación de objetos”, ya sean imágenes concretas o situaciones que generen la respuesta del sujeto, estos deben ser de diversas experiencias sensoriales, enunciando preguntas cerradas que dirijan al sujeto a la respuesta, se indaga la asociación de categoría; “emisión de series”: números correlativos, días de la semana, meses, etc.

Escritura. Se evalúa la destreza motora para la escritura; se toma en cuenta la escritura automática y la espontánea, como también evocación de símbolos. Idealmente, las evaluaciones deben ir de un nivel básico o de poca complejidad a un nivel más complejo.

Lectura. Evalúa cómo lee las palabras y se analiza la comprensión en sus niveles lingüísticos (Sevilla-Vallejo, 2018).

Asimismo, se ha de valorar la competencia no verbal complementaria (Jiménez, 2011, p. 3) que:

Evalúa Praxias: Ideomotora entre ellas de extremidades superiores y de la marcha, además praxia bucofacial. Entre las ideomotoras están las extremidades superiores de las que se evalúan los movimientos transitivos en el empleo de objetos (se le pide al evaluado que imite la acción usando objetos), además, se evalúan los gestos que están asociados a significados simbólicos. Entre los test que miden esta afectación se encuentra el test Wais.

Evalúa gnosias: capacidad que tiene el cerebro de reconocer cosas, situaciones, es decir, diversa información anteriormente aprendida mediante los sentidos. Entre las agnosias se destacan agnosias visuales y agnosias

auditivas. Para evaluarlas, se pueden utilizar el Reconocimiento de caras de Barcelona (Peña-Casanova, 1990) y el Test de Organización Visual de Hooper.

En cuanto a la valoración de las funciones cognitivas: procesos mentales básicos y superiores para realizar acciones, se puede mencionar el test Mini-mental como una prueba en la que se mide la capacidad atencional a través del test de símbolos y dígitos. Además, existe el test de Posner que mide la atención. Asimismo, el test TMT mide secuenciación y la atención alternante. Finalmente, la planificación se puede medir con el test de las Anillas.

Herramientas de Evaluación

1. Tests de diagnóstico diferencial

Batería Western

Es una batería amplia que valora tanto el lenguaje oral como el lenguaje no verbal. Tiene más de 10 años de haberse desarrollado y su uso en la práctica clínica y la investigación ha demostrado que es confiable para valorar diversos tipos de trastornos de lenguaje, entre ellos, la afasia, además de brindar información de las áreas de afectación de los pacientes que permite valorar la intervención terapéutica (Schwengber et al., 2011).

Una de las principales dificultades en su aplicación es la extensión de la prueba que hace necesarias varias sesiones. Se considera de forma obligatoria desarrollar los subtest que evalúan el lenguaje verbal. Para estos, se requiere de aproximadamente una hora de evaluación. Los subtests de lenguaje no verbal son opcionales (Schwengber et al., 2011).

2. Tests de diagnóstico diferencial, con versiones abreviadas

Test Boston

Es un instrumento de evaluación breve, usado con frecuencia para identificar de forma inicial la presencia de indicadores relacionados con la afasia. Se diseñó en

1972 en inglés y desde entonces ha sido traducido a distintos idiomas y validado en diferentes poblaciones.

En una investigación sobre su uso, se determinó que había diferencias en cuanto a la escolaridad de los pacientes evaluados, ya que aquellos con un nivel más alto de escolarización solían tener puntajes más altos en algunas de las dimensiones (Pineda et al., 2006)

Este test evalúa 5 dimensiones relacionadas al diagnóstico de afasia:

- Habla de conversación y exposición. En ellas se evalúa la capacidad del sujeto para entablar una conversación informal con el evaluador.
- Comprensión auditiva. Evalúa el reconocimiento del sujeto de palabras y el significado de algunos conceptos que van desde los más simples hasta los más complejos.
- Expresión oral. Se pide al examinado repetir expresiones verbales y no verbales, además de nombrar partes del cuerpo y objetos que un adulto debería reconocer sin dificultad.
- Comprensión del lenguaje escrito. Para evaluarlo, se expone al examinado a desarrollar actividades diversas, en las que debe reconocer letras y palabras, hacer asociaciones, etc.
- Escritura. Se evalúa la capacidad del sujeto para reproducir símbolos, palabras y frases que van incrementando su nivel de dificultad. (Moreno y García, 2003)

Por otro lado, un artículo publicado en 2018 en Argentina muestra el análisis de validez y confiabilidad de esta prueba con adultos sin lesiones. Como resultado, se encontró que varios de los términos usados en las láminas no son comprendidos por los participantes evaluados; además, al hacer el análisis de consistencia interna, muestra un nivel bajo de confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0,551, lo que es considerado por George y Marelly (2003) como indicador de baja confiabilidad (Far, Leyva y Margulis, 2018).

Token o test de fichas

Este test mide la comprensión oral. Fue desarrollado en 1962 por Renzi y Vignolo y fue validado por Orgass y Poeck en 1966. Permite medir de forma específica el

efecto del daño cerebral en los casos de afasia. Asimismo, es capaz, habitualmente, de diferenciar otros tipos de daños cerebrales. No se presentan diferencias de género y los sujetos superiores a quince años cometen menos errores que aquellos de edades inferiores. No permite diferenciar tipos de trastornos afásicos. Spellacy y Spreen presentaron una forma abreviada en inglés en 1969 con una fiabilidad aceptable. Renzi y Faglioni, en 1978, propusieron una nueva escala abreviada, que consiguió diferenciar la afasia de Broca de la afasia global.

Prueba de Minnesota

Hace diagnóstico diferencial de las afasias; su aplicación en la versión completa puede durar varias horas, puesto que está compuesto por 59 subtest que miden 5 áreas de afectación:

- Trastornos auditivos
- Trastornos visuales y de la lectura
- Trastornos del habla y el lenguaje
- Trastornos visomotores y de la escritura
- Trastornos de las relaciones numéricas y los procesos aritméticos (Ardila, 2005)

Powell et al. (1980) desarrollaron una versión breve. Se compone de 43 subtest divididos en cuatro categorías (perturbaciones auditivas, perturbaciones visuales y lectoras, perturbaciones del habla y del lenguaje y perturbaciones relacionadas con las relaciones numéricas). Mientras tanto, las correlaciones entre las categorías en la versión completa están entre 0,71 y 0,92, en la versión breve están entre 0,56 y 0,91, por lo que se puede apreciar que la versión breve presenta una menor fiabilidad. En cuanto a la correlación entre las pruebas, tal como señalan Powell et al. (1980), destaca la correlación entre el total corto y el total completo, que es superior a 0,9. Sin embargo, se da una drástica reducción de las subpruebas que mantienen correlaciones que oscilan entre ser algo limitadas a moderadamente positivas. Asimismo, señalan estos autores que el Minnesota corto no es sensible a los casos más leves de afasia porque los sujetos que no alcanzan unas determinadas puntuaciones en las subpruebas son considerados no afásicos, a veces erróneamente.

Bedside

Este instrumento fue desarrollado en el año 2012 por un grupo de científicos argentinos con el objetivo de tener una herramienta sencilla y de corta aplicación que pudiera descartar o sugerir la presencia de dificultades en el lenguaje en pacientes que hubiesen sufrido algún tipo de lesión cerebral. Es un instrumento corto y de sencilla aplicación. Sus creadores indicaron que, hasta antes de este test, la mayoría de los instrumentos para la evaluación de afasia y otras dificultades del lenguaje eran largos y de difícil aplicación, y requerían gran esfuerzo por parte de los pacientes que, después de haber sufrido una lesión en el cerebro, no tenían la disposición de esforzarse durante largos periodos de tiempo para este tipo de evaluaciones (Sabe et al., 2012).

El Bedside de lenguaje, que también es conocido como BL, evalúa 5 dimensiones: Discurso espontáneo, comprensión, repetición, escritura y lectura.

Discurso espontáneo. Se mide a través de preguntarle al paciente su nombre y domicilio para después mostrarle una lámina con la imagen de una señora leyendo y pedirle que indique lo que observa.

Comprensión. Esta dimensión se mide mediante algunas preguntas sobre dónde se encuentra el paciente, la ropa que usa y, además, algunas instrucciones como: “Tóquese la nariz”.

Repetición. Se le pide al sujeto evaluado que repita las palabras y frases que dice el examinador. Son un total de 5 palabras o frases que debe repetir y van desde una palabra muy sencilla como “pan”, hasta una frase más compleja como “Envía esto a tu amigo antes del jueves”.

Escritura. Se le pide al evaluado escribir su nombre y luego que desarrolle un dictado de palabras y números, el cual debe hacerse más complejo a medida que el examinado avanza en el desarrollo de la prueba. Finalmente, se le pide escribir una frase.

Lectura. Para esta dimensión, se utiliza una lámina con tres figuras y tres palabras que el examinado debe leer, además de otros materiales como una lámina con una orden escrita y otra en la que se presentan dos frases incompletas que deben ser completadas escogiendo entre 4 alternativas.

De los instrumentos que se han descrito hasta ahora, este test corto es la única prueba que ha sido traducida al quechua para su uso en pobladores peruanos con idioma materno quechua sureño (Aguirre y Duarte, 2018). Esto da la oportunidad a los profesionales de la salud que laboran en sectores rurales o ciudades con grandes porcentajes de pobladores quechuahablantes de usarlo para descartar afasia u otras dificultades del lenguaje. Por ser un instrumento de sencilla aplicación y calificación, y que no requiere de muchos materiales, es la que se usa con mayor popularidad en Perú, sobre todo al inicio de las evaluaciones de los pacientes con lesión cerebral.

Un análisis de los criterios de validez y confiabilidad del instrumento en población de adultos mayores peruanos muestra que este instrumento cuenta con adecuados niveles de confiabilidad y validez de contenido, evaluada a través de criterio de jueces. Ha sido también adecuada, puesto que ninguno de los ítems se ha considerado de difícil entendimiento para los participantes evaluados (Quintana, 2015).

Los resultados indican que la batería Bedside adaptada es confiable y válida (alfa de Cronbach 0,956, sig < ,001) y ningún ítem ha sido objetado por criterio de jueces. Asimismo, 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.

3. Test de inteligencia con subtest de diagnóstico diferencial

Existen también algunos instrumentos que son usados de forma complementaria al diagnóstico. Este es el caso de algunos subtest del WAIS que miden el índice de comprensión verbal. Uno de ellos es el subtest de vocabulario, el cual permite conocer la comprensión verbal del sujeto, su habilidad para el aprendizaje y también su capacidad para conceptualizar y enriquecer sus ideas (Rossi et al., 2007). Otro estudio se refiere a los subtest de vocabulario del WAIS, además del SPAN de dígitos directos e inversos. En un estudio de 15 casos de afasia progresiva primaria, Serrano et al. (2005) aplicaron una batería de test, entre ellos el Boston Diagnostic Aphasia Examination; también, entre otros, aplicaron subtest Vocabulario del Wais y, además, el subtest SPAN de dígitos directo e inverso del test WAIS que añade el

análisis de la memoria operativa implicada en el “proceso cognitivo del lenguaje receptivo” a través del bucle fonológico (retiene información auditiva y está íntimamente vinculado con el habla). Esto es parte del modelo de procesamiento de Baddeley (1992) que está relacionado con la amplitud atencional de la persona. En el proceso, intervienen cuatro elementos: bucle fonológico, agenda visoespacial, ejecutivo central y buffer episódico; y su relación permite el trabajo de la memoria en los siguientes procesos: la escucha, lo visual y el ejecutivo central, el cual ordena los anteriores, controla la atención y coordina la información de la memoria operativa.

Manning et al. (1992) aplicaron la clave de Números del WAIS según Lezak, de acuerdo con su nivel de escolaridad, a un paciente de afasia cruzada. Le solicitaron escribir dígitos en vez de símbolos y el paciente proporcionó respuestas lentas e, incluso, por imitación a la evaluadora, no comprendiendo la consigna verbal y evidenciando la comprensión auditiva severamente alterada. Esta alteración está relacionada con la función del bucle fonológico en el modelo de Baddeley.

Serrano et al. (2005) se centraron en la intervención neurológica y neuroimágenes estáticas (TC, RM, SPECT). Los casos estudiados reúnen una variabilidad de formas afásicas: fluentes y no fluentes. Se demuestra que los problemas derivados de fluencia verbal, estructura gramatical y comprensión de palabras se presentan según donde se ubican la afectación neuronal. Las lesiones perisilvianas anteriores provocan problemas en la fluencia verbal y aspectos gramaticales. Por otra parte, las lesiones perisilvianas posteriores provocan problemas de comprensión. Serrano et al. (2005) hallaron la anomia como prevalencia entre los síntomas, además, encontraron otras afecciones concurrentes como disartria, dificultad en las funciones ejecutivas. Serrano et al. (2005) recomiendan un continuo estudio de las funciones del paciente e identificar el tipo de afasia para su correcta intervención.

Perfiles de habla de los pacientes de afasia

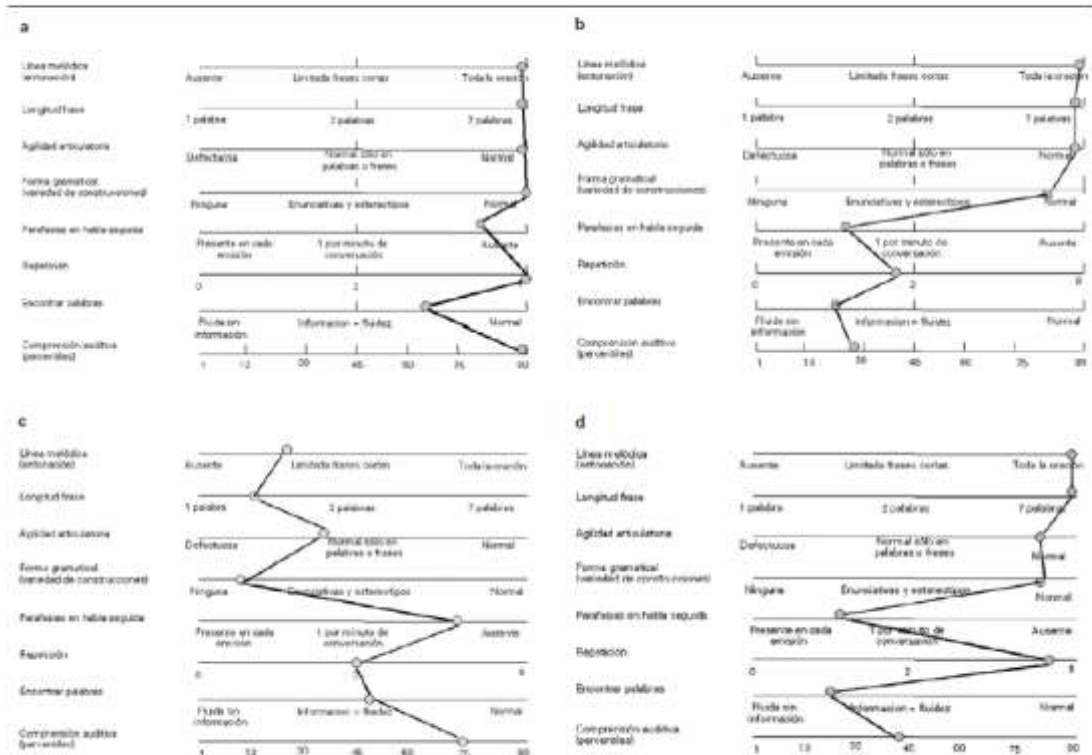


Figura 2. Perfiles de habla de los grupos de pacientes con APP: a) Afasia anómica; b) Afasia de Wernicke; c) Afasia de Broca; d) Afasia transcortical sensorial.

Serrano et al. (2005, p. 530).

Los perfiles de habla de los grupos de pacientes con afasia progresiva primaria nos permiten expresar de forma gráfica las capacidades y dificultades de los pacientes. En la figura anterior se puede comprobar que mientras la afasia anómica mantiene la mayor parte de las capacidades, la afasia de Wernicke tiene perjudicada la comprensión, la búsqueda de palabras y emplea parafasias; en cambio, la afasia de Broca tiene una representación casi opuesta al anterior, ya que está perjudicada la expresión; y, por último, en la afasia transcortical destacan las parafasias y los problemas para encontrar palabras.

En el subtest de vocabulario del WAIS, se pide al sujeto que defina palabras oralmente. El nivel de dificultad se va incrementando a medida que el sujeto responde adecuadamente. En otra de las actividades del test, se requiere que se observen

figuras en unas tarjetas y que el sujeto nombre aquel objeto que se presenta. La aplicación de este subtest “refleja el nivel de educación, capacidad de aprendizaje, la formación de conceptos verbales y la riqueza verbal y semántica del ambiente en el que se desenvuelve la persona evaluada” (Amador, s. f.).

Se inicia la prueba por el reactivo 4 de modo que, si alcanza la puntuación total de 2 puntos en los reactivos consecutivos 4 y 5, se dan por defecto como válidos los reactivos del 1 al 3. Si el sujeto no alcanza la puntuación óptima de 2, obteniendo 0 o 1, se aplican los reactivos de 1 al 3 de forma inversa para lograr los 2 reactivos consecutivos óptimos en la valoración. La prueba termina después de 6 valoraciones continuas de 0.

4. Valoración del grado de déficit y de las posibilidades de recuperación

Índice Porch de habilidades comunicativas (PICA). Es una batería de 16 subtests divididos, a su vez, en tres grupos de evaluación: verbal, manipulativa o gráfica. Estos generan puntuaciones que, al ser promediadas, ofrecen una valoración general que equivale a un percentil de cociente de capacidad comunicativa. Además, el análisis de las puntuaciones de los subtest y de la respuesta a los ítems da una evaluación cualitativa. Peña (1993) nos muestra los subtest incluidos en el Pica:

1. Verbal. Descripción verbal del uso de objetos
2. Gestual. Descripción gestual del uso de objetos sin manipularlos.
3. Gestual. Uso real de objetos
4. Verbal. Denominación de objetos
5. Gestual (ejecutar). Comprensión lectora
6. Gestual (señalar). Comprensión verbal
7. Gestual (ejecutar). Comprensión lectora simple
8. Gestual. Emparejar imagen con objeto real
9. Verbal. Completamiento de frases denominando
10. Gestual (señalar). Comprensión verbal de nombres de objetos
11. Gestual. Emparejar duplicados de objetos
12. Verbal. Repetición de nombres de objetos
- A. Gráfica. Descripción escrita del uso de objetos
- B. Gráfica. Denominación escrita de nombres de objetos

- C. Gráfica. Dictado lento de nombres de objeto
- E. Gráfica. Copia de nombre de objetos
- F. Gráfica. Copia de dibujos geométricos y letras

Áreas de evaluación y subtest

Áreas	Subtest
Gestual	Auditivo
	Visual
	Lectura
	Gestual
Verbal	Espontaneidad
	Respuesta guiada
Gráfica	Espontaneidad
	Copiado

Tabla elaborada a partir de Aten y Lyon (1978).

Este test evita el efecto de aprendizaje en su aplicación y contiene dificultad decreciente. La aplicación dura aproximadamente una hora. El PICA valora el grado del déficit afásico y predice la recuperación de la capacidad comunicativa. La calificación del test PICA inicia con la respuesta: correcta o incorrecta y, además, se valoran los criterios: Corrección, Inmediatez, Complejidad, Rapidez y Eficiencia, generando escala de puntos de 16. Las características de la respuesta son diversas, entre ellas: Completa, Distorsionada, Retardada, Incompleta, Corregida, Repetida, Ayudada, Aproximada, Errónea, Inteligible, Ininteligible, Mínima o de simple Atención. Las valoraciones medias que predicen el nivel de recuperación se apoyaron en ecuaciones de regresión. El test PICA se adaptó a la población española con una muestra de 150 sujetos con afasia consecutiva a lesión cerebral focal adquirida en la edad adulta. El comportamiento de la muestra fue similar al de aplicaciones previas de la herramienta original y se comprobó una alta validez

mediante las correlaciones entre las puntuaciones del test y el test de Boston (Sangorrín, 1991).

En los años 70, se desarrolló una polémica debido a la dificultad que tiene la herramienta para establecer intervalos del grado del trastorno. Muchos autores observaron las limitaciones de PICA, pero Duffy y Dale (1977) hicieron un estudio correlativo entre la escala PICA y una agrupación de los resultados por intervalos y se comprobó que ambas se comportaban del mismo modo. Esto demuestra una cierta consistencia, pero no soluciona los problemas con la fiabilidad. Sigue en duda que la diferencia de los puntos de la escala refleje de forma proporcional el mismo grado de diferencia entre dos respuestas. No obstante, su autor, Porch (1979), sostiene las ventajas clínicas o de validez terapéutica y Sangorrín (1991) recomienda el test PICA para ver la tendencia de mejoría en los gráficos de capacidad comunicativa y la curva de recuperación. En síntesis, de acuerdo con la evidencia de la que disponemos, PICA es una herramienta interesante por su validez en el tratamiento del trastorno, pero no cuenta con una fiabilidad sólida, por lo que no es muy útil en el diagnóstico diferencial de la afasia.

5. Test pragmáticos o pruebas para valorar recursos expresivos

Methapas.

Este protocolo ofrece una herramienta complementaria para valorar los procesos con los que el paciente debe gestionar el propio lenguaje. Se compone de:

Sección I: Lenguaje interior, capacidad de inhibir y discurso diferido.

Sección II: Control de procedimientos semióticos concurrentes.

Sección III: Habilidades parafrásticas y fenómenos asociados.

Sección IV: Decir referido y fenómenos asociados.

Sección V: Capacidad de monitorización. Marcas de contextualización.

Esta da una primera sección dedicada propiamente al procesamiento mental: las dos siguientes a los elementos relacionados con el significado de las palabras y las dos últimas a los aspectos más discursivos. Este protocolo fue publicado por primera vez en 2014 y en 2018 se ofrecieron los primeros resultados psicométricos. El

protocolo demostró una considerable fiabilidad y validez concurrente. No obstante, la muestra no fue muy amplia y los resultados pueden verse influidos por los tipos de afasias de los pacientes estudiados. Se mostró también fiable para diferenciar tipos de afasia y severidad de los trastornos.

6. Pruebas de imagen médica

Otra forma de realizar el diagnóstico de afasia es a través de pruebas de imagen médica. Serrano et al. (2005) emplearon evaluación del lenguaje, neuropsicológica y neuropsiquiátrica, resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografía computarizada por emisión de fotón único y, a partir de ello, formaron perfiles propios de los distintos trastornos afásicos.

Conclusiones

En este artículo se ha planteado el papel esencial que tiene el tratamiento temprano en el desarrollo de las afasias. Asimismo, se ofrecen evidencias empíricas y terapéuticas sobre la calidad de algunas herramientas para el diagnóstico y tratamiento de la afasia. Se puede observar la variedad de instrumentos que se han dividido en las siguientes categorías: herramientas diferenciales, subtests, test pragmáticos y pruebas de imagen médica con la finalidad de sistematizar, hasta donde sea viable, las posibilidades que ofrecen las herramientas. Se puede observar que estas cuentan con grados muy diversos de evidencia empírica, lo cual debe llevar a continuar con la investigación científica de los instrumentos. Esto no quiere decir que no sean herramientas útiles terapéuticamente, pero señala la necesidad de seguir investigando para que la validez y fiabilidad empíricas se relacionen de manera más consistente con los resultados clínicos.

Referencias bibliográficas:

- Amador, J. (2013). Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV (WAIS-IV) (Documento de trabajo. J. A. Amador Campos Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona). <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33834/1/Escala%20de%20inteligencia%20de%20Wechsler%20para%20adultos-WAIS-IV.pdf>
- Ardila, A. & Ostrosky, F. (2010). Guía para el diagnóstico neuropsicológico. *Florida: American Board of Professional Neuropsychology*.
- Ardila, A. (2005). *Las afasias*. Universidad de Guadalajara coordinación editorial.
- Aten, J. L., & Lyon, J. G. (1978). Measures of PICA Subtest Variance: A Preliminary Assessment of Their Value As Predictors of Language Recovery in Aphasic Patients. In *Clinical Aphasiology: Proceedings of the Conference 1978* (pp. 106-116). BRK Publishers.
- Baddeley, A. (1992). Working memory. *Science*, 255(5044), 556-559.
- Castellanos-Pinedo, F., Cid-Gala, M., Duque, P., Ramírez-Moreno, J. M., & Zurdo-Hernández, J. M. (2012). Daño cerebral sobrevenido: propuesta de definición, criterios diagnósticos y clasificación. *Revista de Neurología*, 54(6), 357-366.
- Clari, V. R., & Sacristán, C. H. (2014). *MetAphAs: protocolo de exploración de habilidades metalingüísticas naturales en la Afasia*. Nau Llibres.
- Da Silva, E. B., Delboni, M. C. C., & Fedosse, E. (2019). Assessment of individuals with aphasia: an integrative literature review. *Revista CEFAC*, 22(1), NA.
- De Renzi, E., & Faglioni, P. (1978). Normative data and screening power of a shortened version of the Token Test. *Cortex*, 14(1), 41-49.
- Duffy, J. R., & Dale, B. J. (1977). The PICA scoring scale: Do its statistical shortcomings cause clinical problems? In *Clinical Aphasiology: Proceedings of the Conference 1977* (pp. 290-296). BRK Publishers.
- Duque, P., Gagliardo, P., Duque, S., Langan, D., Chirivella, J. (2012). UK FIM+FAM. Medida de evaluación funcional. Valencia: FIVAN.
- Harrison, J. E., Buxton, P., Husain, M., & Wise, R. (2000). Short test of semantic and phonological fluency: Normal performance, validity and test-retest reliability. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 181-191.

- <https://link.gale.com/apps/doc/A620328926/AONE?u=anon~969316ce&sid=googleScholar&xid=9439888b>
- Jiménez Hornero, M. (2011). La Afasia (II): evaluación e interpretación Logopédica. *Innovación y experiencias educativas*, (48), 1-19.
- Manning, L., Martín, P., & Muñoz, P. (1992). Patrón inverso de asimetría funcional cerebral en un caso de afasia cruzada. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 45(2), 169-176.
- Murie-Fernández, M., Ortega-Cubero, S., Carmona-Abellán, M., Meyer, M., & Teasell, R. (2012). «Tiempo es cerebro», ¿solo en la fase aguda del ictus? *Neurología*, 27(4), 197-201.
- Orgass, B., & Poeck, K. (1966). Clinical validation of a new test for aphasia: an experimental study on the Token Test. *Cortex*, 2(2), 222-243.
- Peña-Casanova, J. (1993). Problemas planteados por la «medición» del lenguaje en las afasias. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 13(4), 192-200. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0214460393755771?via%3Dihub>
- Porch, B. E. (1979). Response to Pannbacker. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, (44), 248-250.
- Powell, G. E., Bailey, S., & Clark, E. (1980). A very short version of the Minnesota Aphasia Test. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(2), 189-194.
- Rosell-Clari, V., & Hernández-Sacristán, C. (2018). *MetAphAs Test: Metalanguage in Aphasia Assessment*. Nau Llibres.
- Rosselli, M., Matute, E, Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Manual moderno.
- Rossi Case, L. E., Neer, R. H., & Lopetegui, M. S. (2007). Wais III. Subtest de vocabulario. Edades 16-18 años. Ciudad de La Plata y zona de influencia. En *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Sangorrín, J. (1991). El P.I.C.A.: evaluación de la conducta comunicativa en la afasia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 11(1), 2-13.

- Serrano, C., Martelli, M., Harris, P., Tufro, G., Ranalli, C., Taragano, F., Tamaroff, L. & Allegri, R. F. (2005). Afasia progresiva primaria: variabilidad clínica. Análisis de 15 casos. *Rev Neurol*, 41(9), 527-33.
- Sevilla-Vallejo, S. (2018). La aventura interminable. Algunas claves sobre la motivación y los procesos de lectura. *Cálamo FASPE*, 66, 1-6.
- Spellacy, F. J., & Spreen, O. (1969). A short form of the Token Test. *Cortex*, 5(4), 390-397.
- Tapia Vásquez, B., Rozas-Calderón, V., & Sevilla-Vallejo, S. (2021). La afasia como problema semántico: estado de la cuestión en Perú, España e Italia. *Cálamo FASPE*, (69), 77-89.
- Turner-Stokes, L., Nyein, K., Turner-Stokes, T., & Gatehouse, C. (1999). The UK FIM+ FAM: development and evaluation. *Clinical rehabilitation*, 13(4), 277-287.