

EVALUACIÓN BREVE DE LA AFASIA (DESEMPEÑO VERBAL MÍNIMO)

Nora Silvana Vigliecca

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina (CONICET)

INTRODUCCIÓN

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 Tests neuropsicológicos abreviados y adaptados para hispanoparlantes (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15284958?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum) 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 lingüístico¹. 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.

INSTRUCCIONES GENERALES

Por sus características, EBA exige mínimos requerimientos ambientales de aislamiento para el logro de una buena entrevista. Es usado de rutina en las salas comunes de un hospital público, y sólo se requiere que no existan factores, sobre todo de interferencia verbal, que interrumpan la interacción.

Se usarán todos los elementos al alcance para lograr una buena comunicación, el mejor rapport y, consecuentemente, la mejor respuesta del paciente. Estimule al paciente con los éxitos.

Si por fatiga u otras razones debe interrumpirse la sesión, registre la hora cada vez que termine o empiece una parte de la prueba. Registre también el número de interrupciones (0,1,2...) para poder computar, al final del protocolo, el tiempo total de administración.

Tape el protocolo, todo lo que sea posible, para evitar que el paciente vea la respuesta correcta o las evaluaciones que realiza en entrevistador, incluyendo los fracasos y los comentarios.

Según la o las funciones que evalúe cada tarea, el evaluador debe apuntar a poder dissociar la presencia o ausencia de esas funciones verbales específicas, de otras dificultades asociadas a las mismas (sensoriales, motoras, atencionales, ambientales, etc.) pero que no configuran el objeto de estudio de esa tarea o enmascaran el resultado final (ver más adelante “Intervenciones y descripciones complementarias”).

La repetición de consigna en los ítems con tres intentos, lleva el objetivo de: a) evitar la sensación de fracaso en el paciente; b) alcanzar seguridad, en el evaluador, sobre el verdadero o mejor rendimiento en el ítem que se esté considerando; c) ver la capacidad de aprendizaje o viabilidad para la rehabilitación, del sujeto entrevistado; y d) estandarizar algo que, de hecho, suele ser implementado por los profesionales. En este tipo de ítems, cuando el paciente falle en su primer intento, repita la consigna. Si vuelve a fallar, ofrezca otro intento, pero clarificando lo más que pueda la consigna (dando alguna ayuda, como por ejemplo, acentuar la parte de la consigna en dónde se cometió la falla) hasta un máximo de tres fallas. *Con el tiempo, el entrevistador sabrá encontrar un balance entre estos dos tipos de errores de administración: a) Interrumpir el subtest sin haber agotado los recursos para asegurarse que la función no está, o b) Seguir insistiendo con el subtest cuando es evidente el fracaso* (Muriel D. Lezak).

¹ EBA no está diseñada para evaluar Tartamudeo. Los casos de Verborragia con articulación, comprensión y denominación correcta, como suelen asociarse más a síndromes psiquiátricos o a signos de desinhibición neurológica (no necesariamente dependientes de las áreas del lenguaje) no deberían ser evaluados con este instrumento. Distinto es el caso de los pacientes con Mutismo ya que esta alteración puede ser un síntoma de distintas afasias.

En las tareas de comprensión auditiva, la utilización de la palabra “señale” puede ser más conveniente que otras semejantes (como “busque”, “dónde está”, etc.) debido a que se acompaña del gesto correspondiente y esta acción puede ser enseñada al paciente con uno o varios ejemplos previos. Sin embargo esto dependerá, en última instancia, de lo que resulte más sencillo para cada paciente.

Cada ítem será evaluado del 0 al 3 (puntaje máximo: $72 \times 3 = 216$) según la forma de cómputo indicada en el protocolo. A lo largo de la prueba, se usan diferentes formas de evaluación según se tenga en cuenta:

-El tipo de respuesta



-El nivel o la calidad de desempeño



-El número de intentos requeridos por el sujeto (según el ítem se ofrecen diferentes posibilidades o números de intentos):

tres



tres (subdivididos)



dos



uno



seis, pero con mayor valor en los tres primeros...



por la opción de saltar los tres últimos



Independientemente del puntaje global, existen subconjuntos de ítems (no mutuamente excluyentes entre sí desde el punto de vista funcional) que apuntan, en principio, a evaluar determinadas funciones²:

² El agrupamiento de los ítems según ciertas categorías organizadoras, será puesto a prueba, posteriormente, mediante análisis factorial. No se evalúa la escritura a la copia porque la misma puede ser realizada por simple reproducción viso- espacial de las imágenes gráficas. Como esta función puede no estar estrictamente relacionada con los símbolos lingüísticos, será analizada, dentro del marco de la evaluación neuropsicológica posterior, como parte de las praxias constructivas (verbales y no verbales). Tampoco se evalúa cálculo escrito y mental, porque la planificación de ambas tareas es dependiente del desempeño del paciente en este test y porque, además, la mayoría de los afásicos presentan acalculia.

En general, las respuestas exploradas fueron seleccionadas teniendo en cuenta un repertorio básico o mínimo para la comunicación verbal oral y escrita. Por esta razón, se presupone que la gran mayoría de las personas sanas de más de 9 años, lúcidas, instruidas y con lenguaje conservado, deberían obtener un puntaje cercano al máximo en cada una de las funciones estudiadas (con excepción, quizás, de las funciones relacionadas con atención y memoria).

FUNCIONES A ESTUDIARSE

COMPRENSIÓN Y EXPRESIÓN HABLADA

a) COMPRENSIÓN

- 1- Comprensión auditiva por confrontación con dibujos
- 2- Comprensión auditiva por confrontación con objetos reales y por interacción entrevistado-entrevistador

b) REPETICIÓN

- 3- Repetición de series de palabras o palabras sueltas
- 4- Repetición de oraciones

c) DENOMINACIÓN

- 5-Denominación activa de objetos individuales
- 6-Completamiento de oraciones por denominación activa

d) HABLA

- 7-Habla espontánea
- 8-Recitado de automatismos verbales

COMPRENSIÓN Y EXPRESIÓN ESCRITA

e) LECTURA

- 9-Discriminación visual de expresiones escritas simples (letras, dígitos y un estímulo entre cuatro opciones)
- 10-Lectura en voz alta y comprensión lectora (confrontación con dibujos, ordenes escritas)

f) ESCRITURA

- 11-Escritura de automatismos verbales
- 12- Dictado y escritura espontánea

OTRAS FUNCIONES A EXPLORARSE CON EL TEST

g) ATENCIÓN, ANÁLISIS Y SÍNTESIS FONÉMICA

- 13-Síntesis fonémica (reconocimiento de una palabra deletreada)
- 14-Análisis fonémico (discriminación por cancelación auditiva, deletreo y deletreo inverso)

h) MEMORIA

- 15-Repetición diferida (recuerdo de palabras dichas previamente y luego de interferencia verbal)

i) PRAXIA

- 16-Praxia orofonatoria (imitación de un movimiento de la boca hecho por el entrevistador)

OTRAS OBSERVACIONES QUE SURGEN DE LA ENTREVISTA Y QUE DEBERÁN TENERSE EN CUENTA PARA EL DIAGNÓSTICO POSTERIOR

A lo largo de la entrevista, el evaluador deberá atender también a los siguientes aspectos que conformarán la EVALUACIÓN CONDUCTUAL COMPLEMENTARIA

- 1) ASPECTO GENERAL: Apariencia física, de edad, aseo y vestido, etc. Apropiado: 3; levemente inapropiado: 2; bastante inapropiado: 1; inapropiado: 0.
- 2) NIVEL DE CONCIENCIA: Vigil: 3; soporoso: 2; estuporoso: 1; comatoso: 0. Se supone que el paciente debe estar vigil para poder realizar la entrevista.
- 3) ESTADO EMOCIONAL: normal: N; agitado o excitado: E; inhibido, bloqueado o deprimido: D; lábil: L; agresivo o irritable: A. Se espera cierto grado de ansiedad ante la prueba. Cuando esta aumenta y perturba la ejecución, definir en alguna de las otras categorías el patrón predominante de expresión.
- 4) GRADO DE COLABORACIÓN bueno: 3; pobre: 2; muy pobre: 1; ausente: 0. (Se supone que, en este último caso, como la ejecución sería imposible, el sujeto no puede ser evaluado).
- 5) CONCIENCIA DE ENFERMEDAD, SENTIDO DE REALIDAD (conocimiento de su problema, comprensión de la situación, ubicación general, etc.). Buena: 3; regular: 2; mala: 1; nula: 0.
- 6) RITMO Y ENTONACIÓN DEL LENGUAJE: disprosodia total o grave: 0; moderada: 1; leve: 2; expresión o prosodia normal: 3.
- 7) VOLUMEN: Sólo articula pero no emite sonido: 0; susurra: 1; Hipofónico, voz baja: 2; normal: 3; hiperfónico: 4.
- 8) VELOCIDAD: Lenta: -1; normal: 0; rápida: +1.
- 9) VOZ: Normal: N; Disfónica (ronca, aflautada, inspirada, con cambios inesperados o involuntarios en el timbre o en la altura): D.
- 10) COMPRENSIÓN GESTUAL: buena: 3; regular: 2; mala: 1; nula: 0.
- 11) EXPRESIÓN GESTUAL: buena: 3; regular: 2; mala: 1; nula: 0.

En realidad, la mayoría de estas conductas son muy fáciles de evaluar porque saltan a la vista sólo cuando el paciente no las posee o las tiene alteradas (lo que es común o normal, generalmente no llama la atención). Sin embargo, las mismas deben ser evaluadas durante el transcurso de la entrevista.

El evaluador computará también si, durante el desempeño en el test, pudieron observarse las siguientes

ALTERACIONES COGNITIVAS O PARTICULARIDADES DE EJECUCIÓN:

- 1) HEMINEGLIGENCIA O TRASTORNOS DEL CAMPO VISUAL (SI/ NO)
- 2) SI? Especificar si fue DERECHA/ IZQUIERDA
- 3) AGNOSIA VISUAL (SI/ NO)
- 4) PERSEVERACIONES E INTRUSIONES: ninguna: 0, pocas:1, bastantes:2, muchas: 3
- 5) ANOMIAS: ninguna: 0, pocas:1, bastantes:2, muchas: 3
- 6) PARAFASIAS FONÉMICAS: ninguna: 0, pocas:1, bastantes:2, muchas: 3
- 7) PARAFASIAS SEMÁNTICAS: ninguna: 0, pocas:1, bastantes:2, muchas: 3
- 8) ECOLALIA: nula: 0, poca: 1, bastante: 2, mucha: 3
- 9) ALTERACIÓN EN LA NOCIÓN IZQUIERDA-DERECHA ALOCÉNTRICA: Falló en los ítems 16 “y” 41: Presenta/ No presenta.
- 10) UTILIZA LA MANO PARÉTICA PARA ESCRIBIR: SI/ NO
- 11) VERBORRAGIA (con o sin otras alteraciones asociadas): Presenta/ No presenta.

Luego de la finalización de EBA, se analizará la posibilidad de administrar y computar el TEST BÁSICO DE ORIENTACIÓN PARA AFÁSICOS (espacio, tiempo y persona) descrito más adelante.

DESCRIPCIÓN DE LA AFASIA (DIAGNÓSTICO TIPOLÓGICO TENTATIVO)

Independientemente de la tarea de investigación, cuyos resultados podrán visualizarse a largo plazo, cada profesional podrá hacer un uso inmediato de la información proporcionada por la técnica, para elaborar un diagnóstico tipológico tentativo. Si bien todo diagnóstico lleva la impronta de los conocimientos acuñados hasta el presente, tanto en el ámbito científico internacional como en el de la propia experiencia profesional, en este trabajo se tratarán de diferenciar, hasta donde sea posible, las fuentes de ese conocimiento. Cada usuario debería, en su ámbito de decisiones profesionales, integrar después todas las fuentes, pero los datos que se viertan en la matriz de investigación, tendrán que estar claramente diferenciados. Cuando el usuario se guíe por parámetros distintos a los especificados para esta técnica, deberá aclararlo en la base de datos.

.- Si el diagnóstico se basó en la información suministrada por "otra técnica", tanto el nombre de la técnica como el diagnóstico al que se arribó (con sus propias categorías diagnósticas) se especificarán en otras columnas y esto podrá ser utilizado en el futuro para estudios de validez. Se sugiere no ingresar más de una técnica alternativa en

la base de datos y elegir, idealmente, una que acredite investigaciones no sesgadas sobre validez.

.- Para interpretar la información proveniente de “esta técnica”, se hace necesario establecer un código básico de comunicación con el fin de llegar a las mismas categorías diagnósticas y siguiendo, cada evaluador, el mismo procedimiento de análisis. Si el usuario no está de acuerdo con el sistema de clasificación empleado o con las pautas ofrecidas para interpretar la información suministrada con ésta técnica, deberá especificarlo en las opciones de sugerencias planeadas para este fin.

.- Con fines exploratorios, en esta propuesta se clasificará el tipo de compromiso lingüístico de acuerdo con ciertas pautas (que se expresarán brevemente a continuación) pero teniendo en claro que dicha clasificación es una “apreciación cualitativa” que se agregará como una parte más de la evaluación del desempeño. De la misma forma en la que se clasifica la calidad del desempeño en un ítem de un test de inteligencia, un dibujo en un test de construcción o el habla espontánea en este test, esta evaluación tendrá el valor de un ítem interpretativo más dentro de la técnica, pero con la particular característica de ser global, es decir, de surgir a partir de toda la producción del sujeto. Como todos los otros ítems del test, éste será sometido a estudios de consistencia.³

.- Para no desvirtuar el espíritu de renovación científica de la propuesta, se recalca la necesidad de no forzar a que los datos de un sujeto o de un grupo de sujetos "encajen" dentro de un marco teórico de preferencia o dentro de un área de localización cerebral esperada⁴. En este sentido, debe quedar en claro que las opciones ofrecidas para clasificar a la afasia en esta propuesta, se corresponden con la forma más comúnmente aceptada de tipificar estos síndromes (ver Lezak pag. 37) pero estas opciones o categorías (por ejemplo, “afasia de Broca”) no deben confundirse con el área de lesión informada en los estudios complementarios (por ejemplo, área de Broca). Las primeras surgen del desempeño en el test, y representan una interpretación o lectura de las mediciones del lenguaje. Las segundas, en cambio, surgen de los estudios de neuro-imágenes, y representan una interpretación o lectura de las mediciones neuroanatómicas o neuro-funcionales. Posteriormente se determinará, y ese es uno de los principales objetivos de este estudio, si existe una significativa correlación entre ambos indicadores. Si bien es cierto que para renovar las teorías hay que partir de los conocimientos que ellas nos proporcionan, si se procede con demasiado apego a ellas, los datos de la realidad sólo tenderán a confirmarlas y, a partir de ese sesgo metodológico, el conocimiento se estancará en una especie de “perfección artificial”. Por esta razón, en esta

³ *Los investigadores que deseen realizar estudios sobre la objetividad y confiabilidad del instrumento, deberán ajustarse a las pautas de administración e interpretación indicadas para todos los usuarios. Teniendo en cuenta la enorme variabilidad que caracteriza a la disfunción afásica en términos de recuperación, se sugiere prestar especial atención los tiempos inter-tests. Dentro de este enfoque, puede ser interesante estudiar las variaciones en la estabilidad de la respuesta en función de, por ejemplo, la fecha de inicio de la afasia. Por otro lado, se pueden realizar estudios parciales de objetividad sólo sobre algunas partes o ítems del test, en particular sobre los más dependientes de la interpretación subjetiva. En este caso, el investigador deberá poner cuidado en grabar las respuestas habladas (ya que las respuestas escritas por el paciente quedan siempre registradas) si el otro evaluador no está presente en el momento que el paciente las expresa. Obviamente, en ambos casos cada evaluador deberá categorizar en forma independiente el desempeño del sujeto.*

⁴ *Como una forma de ilustrar la complejidad e inconsistencias que existen entre lo “conceptual- cognitivo” y lo anatómico, puede ser conveniente recordar que, por ejemplo, la “expresión” verbal, sea escrita u oral, puede afectarse por lesiones cerebrales anteriores o posteriores, y que la “denominación”, relacionada principalmente con mecanismos de evocación, se ve afectada en casi todos los tipos de afasia y, por lo tanto, se configura a partir de la acción de distintas áreas de procesamiento. Por esta razón, la denominación por sí sola, resulta poco discriminatoria a la hora de realizar un diagnóstico diferencial de la afasia. Algunos autores consideran tanto a las fallas en la fluidez como en la evocación como fallas de expresión. Desde este punto de vista, todas las afasias, salvo la sordera verbal o afasia comprensiva puras, serían afasias de expresión, ya que todas presentan problemas en la fluidez o en la evocación. Si bien es cierto que ambas dificultades se ponen de manifiesto en particular cuando el sujeto se expresa, también están actuando a nivel del “pensamiento” verbal (demorando su procesamiento o afectando su eficiencia) independientemente de que éste sea comunicado o no. Por otro lado, en la afasia nominal, que teóricamente sólo presentaría alteración en la denominación, las fallas en dicha función no son tan claras y consistentes a través de las diferentes pruebas como uno esperaría. Por ejemplo, suelen observarse discrepancias entre la denominación en el habla espontánea vs. la denominación por confrontación con dibujos (las cuales exigen distintas modalidades sensoriales y velocidades de procesamiento); la denominación de objetos reales vs. la denominación de dibujos, la denominación de nombres propios vs. la de nombres comunes; la denominación escrita vs. la oral, etc.*

propuesta se insiste en los diseños de “doble ciego”. A partir de ellos, seguramente, podrán encontrarse pacientes que presenten un patrón inesperado o novedoso de respuesta, por ejemplo, una afasia motora (¿en vez de “mutismo”?) asociada a una lesión cerebelar y, de esta forma, el conocimiento científico puede verse favorecido.

.- Si un paciente no puede ser diagnosticado con los elementos ofrecidos en esta propuesta, deberá dejarse en blanco la interpretación diagnóstica. Los espacios en blanco representarán así, un problema a resolver dentro de las próximas tareas de investigación. En el futuro, si se observa que los mismos espacios en blanco se repiten consistentemente para los mismos patrones de desempeño, seguramente estaremos definiendo nuevas categorías diagnósticas, nuevos sistemas de clasificación o, simplemente, completando los actuales.

.- Para clasificar la afasia, el evaluador preponderantemente atenderá a la producción hablada o interacción oral. Esto se hace así debido a que: a) la afasia generalmente se acompaña de alexia y agrafia, b) la información que suele observarse en la bibliografía con respecto a la lecto- escritura es bastante variable e inconsistente, en especial para la afasia nominal, c) muchos de los pacientes suelen presentar problemas perceptivos y motores (asociados o no a la afasia) y, por esta razón, la exploración de la lectura y la escritura puede verse dificultada, d) en personas analfabetas, en las cuales la lectura y la escritura no pueden ser evaluadas, la afasia tendrá que ser clasificada con los elementos al alcance. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, para los casos de alexia, agrafia o sordera verbal puras, la evaluación de la comprensión y expresión escrita resulta indispensable ya que, en dichas disfunciones, las fallas se encuentran casi exclusivamente en la lectura, la escritura y la comprensión auditiva, respectivamente.

.-El evaluador tendrá en cuenta la comprensión y expresión de los gestos, la conservación de la entonación (prosodia), el entendimiento global de la situación (conciencia de enfermedad, sentido de realidad) y, en general, todos los puntos enumerados en la evaluación conductual complementaria para clasificar como “afasia global”, sólo los casos en los que, estando el paciente vigil y colaborando con el entrevistador, la comunicación esté bloqueada. Si el paciente no puede señalar, o no cuenta con una comprensión y expresión medianamente adecuada de los conceptos de “SI” y “NO”, sean verbales o no verbales, todos los ítems contemplados en el test se encontrarán severamente afectados o, directamente, la prueba no podrá ser llevada a cabo.

PAUTAS DE INTERPRETACIÓN PARA CLASIFICAR EL TIPO DE AFASIA

Para interpretar y describir el patrón de desempeño del paciente afásico, se transcribirá textualmente el resumen publicado por su autora en la Revista Neurológica Argentina (2000, vol. 25, Supl., sección Neuropsicología, página 52). Esto se hace así porque, por la brevedad exigida en dicha comunicación, la información vertida en el resumen se adapta convenientemente a las condiciones de “ayuda mínima” necesaria para un programa de esta naturaleza. Las pautas se expresan en la sección “Resultados y Conclusión”.

HACIA UN MANEJO MÁS ÁGIL Y OPERATIVO DE LA AFASIA

Introducción

El lenguaje verbal, probablemente constituya la función más compleja de una evaluación neurocognitiva. Aunque modalmente específica, en si misma involucra las funciones de gnosias, praxias y memoria y tanto el diagnóstico de la función (en sanos) como la disfunción (en pacientes) deberían contemplar, además de la caracterización cualitativa de la respuesta, su graduación. Los intentos que se han hecho al respecto a nivel internacional, no han resultado muy operativos en lo que a comprensión conceptual y claridad técnica se refiere.

Objetivos

Desarrollar una propuesta simplificada de evaluación clínica de la afasia.

Materiales y Métodos

Se realizó un análisis de contenido de las diferentes aproximaciones conceptuales y de medición de la afasia disponibles para hispanoparlantes, dejando aquellas variables e indicadores empíricos sobre los que existía coincidencia a través de los diferentes autores.

Resultados y Conclusión

Para clasificar la afasia se utilizan básicamente cuatro funciones: repetición, comprensión, expresión o fluidez, y denominación. Sólo las tres afasias transcorticales y la afasia nominal tendrían repetición conservada. El resto de las afasias corticales tendrían problemas en la repetición y la denominación. En la afasia nominal sólo fallaría la denominación; es un habla casi normal pero con rodeos para encontrar palabras sustitutas. Desde la afasia sensorial extrema con verborragia y anosognosia (por falta de comprensión) hasta la afasia motora extrema con producción nula, tenemos múltiples combinaciones. Por esta razón, se toman a la afasia de Wernicke (posterior) y la de Broca (anterior) como referentes. En la afasia mixta existirían fallas de comprensión y expresión. La

afasia de Wernicke es fluente e involucra en si misma fallas en: a) comprensión, b) repetición y c) denominación, por lo que se caracteriza por jergafasia con abundantes parafasias fonémicas y semánticas. La de Broca, tiene buena comprensión e involucra fallas en: a) expresión (no fluente), b) repetición y c) denominación. Cuando una afasia aparenta ser una de Wernicke en el lenguaje espontáneo, pero en las pruebas específicas resulta tener comprensión conservada, seguramente estamos frente a una afasia de repetición o conducción, con predominio de parafasias fonémicas y palabras cortadas pero con ensayos articulatorios correctos. Cuando una afasia aparenta ser una de Wernicke, pero en las pruebas específicas resulta tener repetición conservada, seguramente estamos frente a una afasia transcortical sensorial. Mientras tanto, la afasia transcortical motora se caracteriza por reducción en la fluidez o mutismo, pero con comprensión y repetición correcta*, y la transcortical mixta por una expresión reducida a ecolalia o al completamiento de oraciones empezadas por el evaluador**. En la afasia global, todas las funciones estarían severamente afectadas***.

Existen diferentes niveles de compromiso y solapamiento entre los modelos propuestos, y la correspondencia entre estructura y función es muy pobre. Por eso hace falta seguir investigando y perfeccionando las técnicas hasta donde sea posible. Desde este laboratorio se propone un test de screening para afasia.

*Algunos autores proponen que la afasia transcortical motora sería aquella con comprensión y repetición conservadas pero con problemas en la fluidez y/o en la denominación. De esta forma se incluirían en esta categoría: una aparente afasia de Broca con repetición conservada, una afasia nominal con reducción en la fluidez, o incluso diferentes afasias subcorticales. Consideramos que este criterio puede ser conveniente para evitar que estas afasias atípicas sean mal diagnosticadas. Sin embargo, estos casos especiales deberán ser indicados y descriptos en la base de datos.

** Todas las afasias mixtas con repetición conservada deberán ser incluidas en esta categoría.

*** Si el usuario desea o necesita, para su interpretación e informe clínico personal, complementar o completar los datos de la producción hablada con los obtenidos en la producción escrita, deberá tener en cuenta lo siguiente:

En la afasia de Broca, en general, se observa un mejor desempeño en lectura que en escritura (estando esta última severamente comprometida); en la de Conducción o Repetición, un patrón semejante pero con un compromiso moderado en escritura (la cual es entendible en sus rasgos generales) y, en la de Wernicke, mal desempeño lecto-escrito global. En las transcorticales, mientras tanto, se observaría un patrón semejante a la de Wernicke, en la sensorial y en la mixta (vale decir, importante compromiso en lectura y escritura) pero no así en la motora, la cual tendría mejor desempeño en lectura que en escritura. Los casos de alexia, agrafia o sordera verbal combinadas, al igual que los casos de pacientes analfabetos deberán registrarse también como casos especiales (ej. "alexia/agrafia").

PAUTAS PARA EL REGISTRO DIAGNÓSTICO

1) Llegó a un diagnóstico con esta técnica?: **SI/NO**

2) SI?... Diagnóstico alcanzado (opciones): Broca: **B**; Wernicke: **W**; Repetición: **R**; Nominal: **N**; Transcortical Sensorial: **TS**; Transcortical Motora: **TMO**; Transcortical Mixta: **TMI**; Sordera Verbal: **SV**; Alexia: **AL**; Agrafia **AG**; Casos especiales: **SPE**; No afasia: **NO/A**.

3) Observaciones sobre el paciente y descripciones de los casos especiales (opcional, ⁵)

4) ¿Hubo coincidencia entre sus propias pautas de interpretación y las ofrecidas en este test? **SI/NO**

5) ¿NO? Sugerencias para las pautas de interpretación (opcional, ⁶)

⁵ *Agregue aquí los datos "del paciente" que considere esenciales para una correcta aproximación al estudio de la afasia, en general, y para un mejor entendimiento del desempeño de ese paciente, en particular, siempre y cuando éstos no figuren como opciones en el protocolo estándar. Recordar que, posteriormente en el análisis estadístico, no podrán leerse ni analizarse todas las particularidades de cada paciente, máxime si éstas se presentan en forma extensa o exhaustiva, o siguiendo una particular forma de expresarse para cada usuario. Trate de limitar las observaciones a dos o tres características claves, y usando un vocabulario preferiblemente compartido por la comunidad internacional en el tema, de manera que, en el futuro, un análisis de contenido pueda captarlas.*

⁶ *En caso de no estar de acuerdo con las pautas de interpretación ofrecidas, deberá sintetizar en no más de 350 palabras, todo el sistema de clasificación sugerido (los nombres de las categorías y la característica clave que diferencia a una de otra). La idea es "definir" un procedimiento básico que sirva como ayuda breve, bajo un sistema operativo ágil y con la menor variabilidad y complejidad posible. Asumiendo que la complejidad y la diversidad ya existen (y para ver esto sólo es necesario ponerse en contacto con el tema y con todas las particulares formas de enfocar y evaluarlo, según los diferentes autores) se apuntará a la consistencia,*

- 6) Sugerencias generales para la administración (opcional, ⁷)
- 7) Realizó un diagnóstico con otra técnica? **SI/ NO**
- 8) Nombre de la técnica (libre)
- 9) Diagnóstico alcanzado con la otra técnica (libre)

INTERVENCIONES Y DESCRIPCIONES COMPLEMENTARIAS

El entrevistador podrá utilizar recursos o intervenciones adicionales al protocolo estándar de administración, sólo para aquellos casos en que los elementos o ítems básicos ofrecidos, resulten insuficientes para evacuar dudas diagnósticas. Las siguientes sugerencias apuntan a esas eventuales intervenciones, y deberían ser registradas como dudas o comentarios al margen, a medida que surgen durante la administración estándar. Está previsto que afecten el tiempo de ejecución, porque forman parte de las dificultades propias del paciente y de su interacción con el entrevistador⁸.

Registre también, como dato complementario para su diagnóstico personal, todos los recursos de comunicación del paciente y otras conductas no previstas en principio como computables en el protocolo, pero que pueden ser muy significativas para la realización de un diagnóstico (movimientos, latencias, estrategias, cambios, temblores, fabulaciones, estereotipias, lapsus, etc.).

Se sugiere registrar e informar también, en las “Sugerencias para las pautas de interpretación” (ver Pautas para el registro diagnóstico), de todo agregado que se repita con cierta frecuencia, porque después el test puede ser perfeccionado y esas observaciones pueden ser incorporadas a los cómputos de rutina.

Cuando use láminas, y en caso de severa disminución del span atencional visual, se puede probar el desempeño del paciente mostrando sólo el conjunto de estímulos que está siendo trabajado y ocultando los otros, anteriores o posteriores, que puedan confundir. Por ejemplo, muestre un renglón de letras en vez de los dos que figuran en la lámina 2, una secuencia de opciones de palabras, en vez de las tres que figuran en la lámina 11, etc. para discriminar con mayor claridad si conserva la función verbal evaluada, más allá del problema visual o atencional asociado. Para estas intervenciones están previstas, en alguna medida, las repeticiones de consigna, asumiendo que a mayor necesidad de modificaciones, mayor será el número de repeticiones, menor el puntaje final y mayor el tiempo de administración. Sin embargo, sería conveniente que, cuando haga este tipo de intervenciones, registre e informe, en las “Observaciones sobre el paciente” (ver Pautas para el registro diagnóstico) las modificaciones a la administración estándar.

En caso de heminegligencia, debe observarse que el paciente no esté en ventaja o desventaja con respecto a la presentación de los estímulos a un lado u otro de su campo de atención⁹. Para asegurarse que la función verbal va

evitando las diferencias y sintetizando los puntos esenciales. Asimismo, se tratará de evitar en esta eventual “ayuda” que Ud. está proponiendo, que el usuario tenga que remitirse a una bibliografía específica (que puede no estar a su alcance al momento de trabajar con la técnica) para completar una idea. Esto no implica que los autores de la propuesta no sean citados o que no se ofrezca bibliografía de consulta para ampliar los conceptos sobre los cuales se realizó la síntesis. Simplemente se procura que el usuario no dependa de dicha bibliografía al momento de consultar la ayuda. Todos los usuarios en desacuerdo con las actuales categorías o pautas de interpretación, podrán hacer una sola propuesta alternativa en su base de datos, y la misma será tenida en cuenta como sugerencia de trabajo para futuras investigaciones.

⁷ *Especifique en no más de 100 palabras, las modificaciones que haría al protocolo estándar como, por ejemplo, las intervenciones adicionales que Ud. realiza con mucha frecuencia y que, a su criterio, deberían pasar a ser indicaciones de rutina.*

⁸ *Si un sujeto afásico no puede repetir una oración, tres palabras juntas o una palabra de tres sílabas, ya es indudable que presenta fallas en la repetición; sin embargo, el entrevistador puede hacerle repetir, por ejemplo, “pato” o “mar” por separado, para después informar en su diagnóstico descriptivo personal, hasta cuántas sílabas es capaz de repetir y, de paso, ver si es posible administrar el test de audición dicótica con respuesta oral. En este ejemplo, el agregado no toma más que unos segundos, y sería mucho más complicado dejarlo para otra ocasión o evaluación, en vez de preguntarlo directamente sobre la marcha.*

⁹ *Si bien esto fue previsto y, en el test, se puso especial cuidado en el ordenamiento de los estímulos a izquierda y derecha, en caso de ser necesario, puede complementarse la presentación visual estándar de los distintos*

a ser correctamente evaluada, puede tapar una mitad de la hoja, o adjuntar una tarjeta adicional (y similar) sobre el lado desatendido (de manera tal de ampliar el campo visual y garantizar que los estímulos “target” van a ser vistos), o señalar con el dedo el comienzo y final de una palabra o una oración, o escribir las palabras (en columna) en hoja aparte, etc. Registre dicha desatención lateral, aunque no pueda precisar si la misma se debe a un trastorno del campo visual o no. Puede ser muy útil complementar la información que surge de diferentes fuentes tales como el examen neurológico, la campimetría y la evaluación cognitiva por separado.

Si cree que el paciente está acertando por azar, puede repetir la consigna (como si se hubiera equivocado) y fijarse en la actitud, además de la consistencia en la respuesta, para asegurarse que la misma está siendo pensada.

Cuando realice traducciones, preste atención a las exigencias de las diferentes tareas (repetición, denominación, etc.). Observe los requerimientos fonémicos, grafémicos, de longitud, complejidad, etc. para cada palabra en Español (o Inglés) y haga una lista con las palabras de su idioma que se adecuen a esas exigencias. Construya las tarjetas correspondientes con su diseñador gráfico, llegue a un acuerdo con él sobre los dibujos más apropiados para dichas palabras, traduzca nuevamente esas palabras al Español (y si no puede al Inglés) y envíenos un e mail para que nosotros lo analicemos e incorporemos al programa. Lo iremos haciendo gradualmente, en la medida de nuestras posibilidades.

ítems, con intervenciones adicionales que ayuden a una mejor comprensión del cuadro. En caso de lesiones cerebrales izquierdas (las más frecuentes en caso de afasia) con heminegligencia o hemianopsia asociada, el evaluador puede, por ejemplo, elegir como estímulos adicionales a la presentación estándar, los que figuran en la mitad izquierda del campo visual o, en caso de querer corroborar la disfunción, en el lado contralateral a la lesión.

TEST DE ORIENTACIÓN PARA AFÁSICOS

Este test puede ser administrado una vez que el evaluador conoce los recursos básicos de comunicación del paciente, y de acuerdo con las posibilidades de éste. Para esta evaluación se requiere del paciente, una buena discriminación de la noción de SI y NO, expresada gestual o verbalmente. También se requiere que los familiares o cuidadores del paciente aporten datos seguros. Si esta última posibilidad no existe, sólo se podrán administrar los subtests de orientación en tiempo y espacio (sobre un total de 5 aciertos posibles). Antes de iniciar la administración del test de orientación, pregunte al familiar o al cuidador todos los datos personales del paciente que van a ser necesarios, y tenga preparadas las opciones escritas (una correcta y dos erradas) para cada ítem. Cuando pregunte por los familiares o amigos más cercanos, no ofrezca como opciones escritas más de tres nombres correctos (cinco opciones en total) y preste especial cuidado en usar nombres de personas desconocidas como distractores. Cuando ofrezca opciones escritas, rote el orden de presentación de la respuesta correcta, a través de los sucesivos ensayos. Si el paciente persevera y no se percata de su propio error (a través de los sucesivos intentos) cualquier dato que se obtenga es dudoso. El evaluador debe poder discriminar, hasta donde sea posible, si la falla es en la orientación o en la comunicación. Si el paciente falla en la evocación espontánea (aún formulando la pregunta en la forma más sencilla) ofrézcale primero las opciones en forma oral (de a una palabra por vez y sin pasar a la siguiente hasta que no de una respuesta de SÍ o NO, por ejemplo, ¿Dónde estamos?, ¿Qué es esto?... ¿Es una escuela?...¿su casa?...¿un hospital?...). Si falla, mostrarle las tres opciones escritas para que señale la correcta (¿Cuál le parece que es?...) y espere un tiempo acorde a las latencias y aptitudes del paciente para la lectura. Si falla o no puede leer, léale Ud. en voz alta las tres opciones. Hágalo de a una por vez, señalando cada opción escrita mientras la lee y esperando la respuesta del paciente antes de pasar a la siguiente. Si tiene dudas sobre el acierto por azar en algún ítem, puede preguntarle de nuevo sobre el mismo, pero ofreciéndole sólo dos de las opciones en duda. Registre el desempeño en la ORIENTACIÓN de la siguiente forma: Asigne un punto por cada respuesta correcta (puntaje máximo 12). Independientemente de los esfuerzos de comunicación y de los intentos requeridos, se considerará solamente una respuesta; la más precisa o la que se interpreta como “definitiva” según la actitud del paciente. Registre también el desempeño global (para todos los ítems) en la COMUNICACIÓN de la siguiente forma: Asigne 3 puntos si, en general, dio espontáneamente la respuesta correcta ante el interrogante formulado oralmente, 2 puntos si lo hizo sólo por reconocimiento, vale decir, ante las opciones presentadas en forma auditiva “o” visual, 1 punto si requirió simultáneamente estimulación auditiva “y” visual para reconocer la respuesta y 0 punto si no fue posible la comunicación. Si asignó 2 puntos, especifique si el reconocimiento fue visual (V) o auditivo (A). Para mayor información o para mayor seguridad sobre la verdadera orientación del paciente, se le pueden solicitar más datos (por Ej. el nivel educativo, el piso donde se encuentran, el día de la semana, etc.). La modalidad de comunicación usada por el paciente, puede ser tenida en cuenta, complementariamente, para realizar el diagnóstico final de la afasia.

1) Edad: ¿Cuántos años tiene?. ¿Ud. tiene... años?.

2-4) Fecha de nacimiento (día, mes y año): ¿Cuándo cumple años?, ¿Qué día ...? (Si no responde darle opciones), ¿Qué mes ... (Ídem?). ¿En qué año nació...? (Ídem).

5-6) Lugar de residencia (considere un lugar más general y otro más específico): ¿Dónde vive?, ¿Ud. vive en la ciudad de...?, ¿en el barrio (en la calle)...?.

7) ¿Con quién vive (hasta tres nombres)?: ¿Cuál es el nombre de sus familiares?. ¿Ud. vive con...? ..

8-9) Lugar de la evaluación (preferiblemente tipo y nombre): ¿Dónde estamos, qué lugar es éste?... ¿Estamos en un ... ?. ¿El nombre del Hospital es ...?.)

10-12) Fecha (año, mes y día): ¿En qué año/ mes/ día estamos?. ¿Estamos en...?.

Puntuación: Orientación en persona: (0-7). Orientación en Tiempo y Espacio (0-5). Puntuación total en orientación: (0-12). Puntuación total en comunicación: (0-3). ¿El paciente obtuvo 2 en comunicación (vale decir, utilizó un solo tipo de reconocimiento)? Tipo de reconocimiento usado (auditivo o visual): (A-V).

REFERENCIAS

- 1) Allegri RF. El Mini-Mental State en la Argentina: Instrucciones para su administración. Grupo de Trabajo de Neuropsicología Clínica de la Sociedad Neurológica Argentina. Productos Roche S.A.Q. e I. 2002.
- 2) Goodglass H, Kaplan E. Evaluación de la afasia y trastornos relacionados. Adaptación española. Madrid: Panamericana. 1996.
- 3) Kiernan RJ, Mueller J, Langston W. Cognistat (The neurobehavioral cognitive status examination). California: The Northern California Neurobehavioral Group, Inc. 1998.
- 4) Lezak MD. Neuropsychological Assesment. New York: Oxford University Press. 1995.
- 5) Peña- Casanova J. Programa integrado de exploración neuropsicológica: Test Barcelona. Barcelona: Masson. 1990.
- 6) Strub RL, Black FW. The Mental Status Examination in Neurology. Philadelphia: F.A. Davis Company. 1985.