

Clinical Case: Neurocognitive Evaluation in an Adult Patient with Wernicke's Aphasia

Elisama E. Beltran De La Rosa¹, Miguel Montanez Romero² and Cirit Mateus De Oro³

¹ Foundation University Hospital Metropolitano

Received: 13 December 2019 Accepted: 5 January 2020 Published: 15 January 2020

Abstract

Wernicke's aphasia (AW) is a language disorder characterized by the inability to understand and repeat spoken language, the product of a lesion in an area of the left temporal lobe affecting the connection between the motor center and the sensory center. The objective of the present work is the cognitive evaluation of a 55-year-old adult patient with Wernicke's aphasia after asymptomatic ischemic event, with left Tempor-Parietal localization, through the neuropsychological and psychological consultation, clinical history and application of protocol for cognitive deterioration and Boston Test for diagnosis of Aphasia. identify areas and skills affected and conserved, which will direct the rehabilitation process in the future.

Index terms— cognitive profile aphasia of wernicke. temporo-parietal left. cognitive impairment

Resumen-La afasia de Wernicke (AW) un trastorno del lenguaje que se caracteriza por la incapacidad para comprender y repetir el lenguaje hablado, producto de una lesión en un área del lóbulo temporal izquierdo afectando la conexión entre el centro motor y el sensorial. El objetivo del presente trabajo consiste en la evaluación cognitiva, de un paciente adulto de 55 años de edad, con afasia de Wernicke posterior a evento isquémico asintomático, con localización Temporo-Parietal izquierda, a través de la consulta neuropsicológica y psicológica, historia clínica y aplicación de protocolo para deterioro cognitivo y Test de Boston para diagnóstico de Afasia. Los resultados, permitieron establecer un perfil neuropsicológico que ayudó a identificar áreas o habilidades afectadas y conservadas, las cuales permitirán direccionar el proceso de rehabilitación a futuro. Todo ello nos permite concluir que no solo es evaluar al paciente con afasia de Wernicke en el lenguaje como tradicionalmente se aplica; si no evaluar el resto de funciones cognitivas, en procura de mejorar y mantener la calidad de vida en el paciente.

Palabrasclave: perfil cognitivo; afasia de wernicke; temporo-parietal izquierda; deterioro cognitivo. Abstract- Wernicke's aphasia (AW) is a language disorder characterized by the inability to understand and repeat spoken language, the product of a lesion in an area of the left temporal lobe affecting the connection between the motor center and the sensory center. The objective of the present work is the cognitive evaluation of a 55-year-old adult patient with Wernicke's aphasia after asymptomatic ischemic event, with left Tempor-Parietal localization, through the neuropsychological and psychological consultation, clinical history and application of protocol for cognitive deterioration and Boston Test for diagnosis of Aphasia. The results allowed us to establish a neuropsychological profile that helped identify areas and skills affected and conserved, which will direct the rehabilitation process in the future. All this allows us to conclude that it is not only to evaluate the patient with Wernicke's aphasia in the language as it is traditionally applied; if not evaluate the rest of cognitive functions, in order to improve and maintain the quality of life in the patient.

Keywords: cognitive profile aphasia of wernicke. temporo-parietal left. cognitive impairment.

1 I.

Introducción a afasia de Wernicke (AW), conocida también como afasia sensorial, afasia fluente, afasia receptiva, o afasia de comprensión; (Ardila, Roselli 2007) se define como un trastorno del lenguaje consistente en la incapacidad

44 para comprender y repetir el lenguaje hablado, producto de una lesión en un área del lóbulo temporal izquierdo
45 afectando la conexión entre el centro motor y el sensorial. (Martínez, 2008).

46 Según los antecedentes de las afasias, en 1863 el médico Paul Broca, al estudiar 25 casos, encontró alteraciones
47 en el habla asociadas a lesiones en el hemisferio izquierdo del cerebro, en el área, actualmente conocida como
48 área de Broca. Este médico propone que esta área localizada en la tercera circunvolución frontal izquierda es la
49 encargada de coordinar la articulación del lenguaje, alteración misma que nombró, primeramente, como afemia,
50 (Tirapu, Ríos y Maestú 2011). para describir el fenómeno que estaba observando, posteriormente, el termino fue
51 cambiado por el de afasia, para describir la pérdida del habla causada por una pérdida de las ideas, mientras
52 que afemia sugería la presencia de las ideas, pero la ausencia del habla para expresarla. Sin embargo, esto no
53 próspero, adoptándose el termino de afasia para describir cualquiera de los dos fenómenos. ??Fajardo y Moya
54 2002) no obstante, el impacto de los trabajos de Broca impulsó el estudio de las bases anatómicas del lenguaje.

55 Por otro lado, el neurólogo alemán, Carl Wernicke, en 1874 estudio una serie de pacientes con daño en el
56 lóbulo temporal, en una zona muy cercana a la descubierta por Paul Broca, es así como discrepó con la teoría de
57 Broca y demostró que esta área no era la única zona implicada en la producción del lenguaje, ya que una lesión
58 en el área de Wernicke provocaba síntomas distintos a los descubiertos por Broca: el paciente era incapaz para
59 comprender y repetir el lenguaje hablado, pero sí eran capaces de hablar, es decir, de emitir sonidos mediante
60 el movimiento de ciertos músculos. Una lesión en el área de Wernicke no produce ninguna afección al oído ni
61 parálisis de ningún tipo, en su trabajo identifica como 1 de 2 áreas encontradas en la corteza cerebral que maneja
62 el habla. (Javed y Wroten 2019).

63 Es importante tener en cuenta, según, (Fajardo et al., 2002) que el predominio de la actividad lingüística es
64 la principal característica del hemisferio izquierdo, realizando las siguientes funciones: con respecto al lenguaje,
65 al procesamiento, al control motor, memoria y aprendizaje y la percepción.

66 Lo anterior, muestra la complejidad de la alteración en el lenguaje, por lo tanto, se hace necesario, realizar no
67 solo la evaluación del lenguaje en la AW, si no a la vez evaluar otras áreas que sus resultados faciliten futuras
68 intervenciones, que promuevan estrategias de rehabilitación en la recuperación de la mayoría de habilidades
69 posibles, facilitando la adaptación de la persona a su nueva condición.

70 De esta forma perfila la neuropsicología como la encargada de analizar el perfil cognitivo que presenta la
71 persona tras una alteración neurológica que ha provocado el cuadro de afasia. Pues bien, observamos que lo
72 patognomónico de la AW son las alteraciones del lenguaje y en cascadas otras funciones cognitivas pueden irse
73 alterando: funciones ejecutivas, memoria de trabajo. Por lo tanto, la evaluación tiene varios propósitos encontrar
74 los procesos comprometidos, determinar la severidad del trastorno, (González, y Hornauer 2014) e identificar las
75 habilidades conservadas, lo que precisa el desarrollo de actividades de rehabilitación.

76 La AW se caracteriza por presentar alteraciones relacionadas con el lenguaje, lo que se puede ilustrar en la
77 tabla N° 1, tal como lo muestra Ardila et al en el 2007 Este trastorno del lenguaje, suele caracterizarse, además,
78 por una mala comprensión del habla y la producción de un habla sin significado, puede, en su discurso dar la
79 impresión de que es gramaticalmente correcta. Es decir, la persona utiliza palabras funcionales como "el" y
80 "pero", emplea tiempos verbales complejos y oraciones subordinadas, sin embargo, utiliza pocas palabras con
81 contenido y las palabras que enlaza no tienen sentido. En un caso extremo, el habla se deteriora y resulta una
82 mezcla sin sentido. (Carlson1996).

83 2 II.

84 Insertar Tabla n° 1 Aquí alteraciones que pueden ser más invalidantes que la misma AW, trastornando el entorno
85 multidimensional (Educación, salud, ocupación, redes y cohesión social) de quien la padece.

86 Por todas estas alteraciones asociadas, el diagnóstico de la AW se establece primeramente identificado el daño
87 neurológico luego del evento isquémico, sin embargo, este tipo de afasia puede llegar a confundirse con otros
88 trastornos de índole psiquiátrico: cuadro de psicosis o delirio por la incoherencia del lenguaje o la apariencia de
89 pensamiento desorganizado. Lo que establece la necesidad de realizar un examen integral exhaustivo: neurología,
90 psiquiatría, psicología, neuropsicología, fonoaudiología entre otros. Por lo tanto, se debe iniciar con ciertos
91 criterios diagnóstico para identificar el verdadero trastorno desde cada área en particular: Neurología: Tomografía
92 Axial Computarizada (TAC), Resonancia Magnética (RM), con protocolos angiográficos CENBA (Sf); psicología
93 y neuropsicología: exploración cognitiva estableciendo el perfil del paciente; fonoaudiología: exclusión de otros
94 problemas de comunicación, puede detectar niveles más finos de disfunción y ayudar en la planificación del
95 tratamiento y la evaluación del potencial de recuperación espontanea. (Diez, 2014) desde la psiquiatría la
96 estabilidad de trastornos subyacentes a nivel mental.

97 Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente el objetivo del presente estudio es describir el perfil cognitivo
98 de un paciente con AW; seleccionando un protocolo de evaluación neurocognitiva, de tal forma que, el paciente
99 pueda adaptarse fácilmente a la mayoría de estas pruebas, a través de las diferentes consignas sean visuales,
100 auditivas y/o verbales, prevaleciendo las pruebas a nivel visual. Tal como se muestra en el cuadro N° 2 Pruebas
101 aplicadas paciente con AW.

102 3 III. método

103 Este estudio ha sido realizado a partir de un caso único (n=1), de tipo transversal, observacional. La recolección
104 de los datos se realizó, a través de 10 sesiones, entre evaluación, neuropsicológica y de psicología en la consulta
105 externa. Las tres sesiones de consulta con neuropsicología, se efectuaron con una intensidad de 45 minutos.
106 Las sesiones por parte de psicología, se realizan después de finalizada la evaluación cognitiva, con el propósito
107 de ajustar las habilidades conservadas con el estilo de vida del paciente y su familia. La intervención por esta
108 área consideró cuatro componentes importantes son: evaluación emocional, estabilizar el estado emocional del
109 paciente, la respuesta de competencias y la intervención familiar.

110 4 IV.

111 5 Descripción Del Caso Clínico

112 Se trata de paciente masculino, adulto de 55 años, diestro, quien llega a consulta por remisión para evaluación
113 neuropsicológica, a la Fundación Hospital Universitario Metropolitano FHUM, Barranquilla, Colombia, donde
114 se le brindó evaluación neurocognitiva y psicológica al paciente. Se contó con la autorización del Comité de
115 ética de la entidad participante y la firma del consentimiento informado por parte del paciente y su familiar.
116 Según la historia de la enfermedad presenta antecedente de accidente isquémico asintomático causando atrofia
117 cortical con predominancia en hemisferio izquierdo, con tres años de evolución. A través de estudios de imágenes
118 diagnóstica TAC y RM, determinó el área de la lesión y manifestaciones clínicas, corroborando el diagnóstico de
119 AW. Así mismo, los antecedentes personales y familiares se refiere presencia de Isquemia Cerebral. El familiar
120 refiere presentación de cambios en el paciente a nivel comporta mental, con manifestaciones de agresividad e
121 irritabilidad, dificultad en el lenguaje expresivo, olvidos constantes, déficit atencional.

122 Síntomas que permitieron la remisión por parte de neurología a la evaluación de las diferentes esferas cognitivas;
123 por lo que se ajustó un protocolo en la evaluación por neurocognitiva.

124 V.

125 6 Instrumentos

126 Dicha evaluación se llevó a cabo con los siguientes instrumentos de recolección de datos:

127 7 a) Historia Clínica

128 Se realiza exploración y revisión de los datos específicos del paciente. Encontrando a nivel farmacológico
129 tratamiento con Memantina 20 Mgs al día, Trileptal Cardioaspirina 600mg/por día. Lovastatina de 20 Mgs
130 1 dosis al medio día, mostrando buena evolución clínica.

131 8 b) Pruebas neurocognitivas

132 Desde neuropsicología se aplican las diferentes pruebas, relacionadas en la tabla N° 2 se visualiza en forma
133 detallada todas aquellas escalas y test utilizados en la evaluación de las diferentes funciones cognitivas, objetivo
134 de la prueba y diagnóstico.

135 9 c) Pruebas de evaluación emocional

136 Se evalúa familia y estado emocional a través Escala de Depresión de Yesavag, (Bacca, González y Uribe 2004).

137 10 Resultados

138 Los resultados nos muestran paciente orientado en el tiempo, espacio con respecto hacia sí mismo y hacia el
139 entorno en que se desarrolló. Consiente, con buen patrón del sueño y apetito. Según los sub-procesos atencionales:
140 presenta compromiso severo en la atención sostenida, lo que evidencia afectación en la concentración, sin embargo,
141 logra mantener de forma aceptable la realización de tareas de rastreo viso-motor sencillas, con un tiempo aceptable
142 en su ejecución. En cuanto a la atención focalizada presenta un compromiso leve, Esta alteración atencional
143 conlleva a fatiga y la ineficiencia de cualquier actividad a realizar por parte del paciente.

144 11 A1

145 evaluar la memoria, encontramos compromiso severo en la memoria de trabajo; reflejándose en la incapacidad de
146 almacenamiento y el manejo temporal de la información, dificultad para recordar y responder a temas tratados
147 a través de una conversación; de igual forma, ocasiona inconvenientes para aprender nuevos contenidos. Con
148 respecto a la memoria inmediata auditiva o memoria ecoica, presenta un compromiso leve, observándose, poca
149 retención a corto plazo de la información auditiva que recibe del entorno. En conjunto al tener alterado estos
150 subprocesos de la memoria, se genera dificultades en otras esferas dimensionales donde interactúa el paciente con
151 AW. Sin embargo, señalamos que la memoria visual se encuentra dentro del rango esperado.

152 Siguiendo con la valoración, en el lenguaje, el resultado muestra, un lenguaje espontaneo fluido, a nivel
153 articulatorio con una longitud de frases entre cinco o más palabras, prosodia conservada (acento, los tonos y

154 la entonación), no obstante, se encuentra en el paciente, alteración en el contenido, con presencia de parafasia
155 semánticas y fonética (hija por pija) caracterizado por ser extenso, con poca precisión en sus contenidos, anómico,
156 presencia de circunloquios y algunos neologismos.

157 Igualmente, los aspectos gramaticales del lenguaje presentan dificultades, debido a la presencia de paragrama-
158 tismo como son la omisión o la sustitución asistémicas de morfemas gramaticales y de palabras de contenido.

159 Por ejemplo, ante la pregunta ¿Cuántos hijos tiene? Responde el paciente "mi hija Andrea, Guadalupe, es
160 la ex Guadalupe duré 17 años ya la separación y todo eso, después me hicieron, fui a la universidad autónoma
161 de Madrid hice el doctorado, después en agosto estaba yo y estaba Adriana estaba en Santa Marta empezamos
162 estaba en cámara de comercio de Sta. Marta y empezamos todos los fines de semana, y ya".

163 En la exploración del habla de conversación/exposición, se observa conservada la capacidad de responder
164 ante ciertas preguntas de un contexto social tales como su estado actual, su nombre, entre otros, permitiendo la
165 interacción social básica. No obstante, cuando las preguntas tienden a la complejidad, requiere de la participación
166 de un tercero para lograr lo cometido, confluendo aquí cambios emocionales en el paciente.

167 En cuanto a la denominación verbal por confrontación visual, está comprometida moderadamente, reconoce
168 los objetos, pero no logra evocar su nombre, presencia de errores de tipo parafásico semántico.

169 Utiliza como método compensatorio circunloquios y parafasias fonológicas en su discurso. En el momento
170 de la evocación de contenidos, las claves fonológicas suelen resultar de mayor ayuda. Presentó preservadas las
171 habilidades relacionadas con identificar y señalar dibujos de objetos, figuras geométricas, letras y números.

172 En relación a la comprensión de instrucciones verbales, se encuentra parcialmente alterada, logra ejecutar
173 ordenes cuando se emiten a través de frases sencillas, por el contrario, cuando se trata de órdenes por frases
174 mucho más complejas se refleja compromiso moderado, requiriendo para la comprensión constantes repeticiones
175 para su ejecución. Asociado a esto, se presentan inconvenientes y dificultades en la asimilación de estructuras
176 lógico gramaticales complejas. En relación a la repetición de frases escritas esta se encuentra alterada con
177 tendencia a la inversión y omisión de palabras.

178 Sobre, la capacidad de lectura de palabras y frases sencillas, se encuentran conservada, así como, la lectura con
179 asociaciones de objetos, identificando alteraciones en la comprensión de textos escritos de complejidad media y
180 alta. De la misma forma, se evidencian habilidades en el reconocimiento de letras en diferentes tipos, incluyendo
181 mayúsculas y minúsculas, así como, en el reconocimiento de números; siguiendo el mismo orden, se encuentra
182 conservada la capacidad para la discriminación y reconocimiento de las imágenes con presentación de lista múltiple
183 de palabras.

184 Por lo que corresponde a la lectura de palabra en voz alta presenta compromiso en la articulación de la última
185 sílaba en algunas palabras, así como a la hora de la lectura de oraciones, con la aparición de fallas a nivel de
186 sintaxis, presencia de parafasias semánticas y problemas articulatorios.

187 En la escritura se halló conservadas las habilidades para las construcciones gramaticales simples, las cuales
188 suelen ser automatizadas o seriadas como es informar: nombre completo, dirección del domicilio, secuencia de
189 números o el alfabeto, así mismo, se presenta conservada la copia imitativa con base a un modelo.

190 Otros hallazgos, en la valoración del lenguaje, evidencian alteraciones en la capacidad para repetir oraciones,
191 en la lectura oral y en la escritura, dificultades al momento de la elección y reconocimiento de letras y números
192 cuando son dictadas, alteraciones en la facilidad motora para la ejecución de movimientos que implican motricidad
193 fina, que permiten la copia o construcción de una escritura fluida.

194 Para la denominación escrita de dibujos, se observan dificultades al momento de expresar de forma escrita la
195 identificación de dichos dibujos, mostrando un desfase entre información gráfica y su significado a nivel escrito y
196 dificultades para la representación de forma narrativa de una situación planteada. Este resultado plantea que, el
197 paciente puede dibujarlo no explicarlo, lo que en este aparte de la prueba el paciente experimenta ansiedad.

198 Por otro lado, en la capacidad de comprensión, el paciente puede entender lo que se le dice; trata de expresarse,
199 sin embargo; es difícil de entenderle por emplear otras palabras que no son coherentes, tipo neologismo. (Vallejo
200 2011) con lo que se está realizando. Lo que genera dificultades en la comunicación en su entorno social.

201 En relación a la praxias viso constructiva, se observa un adecuado desempeño en las funciones y habilidades
202 viso-espaciales.

203 en las Praxias Ideacionales y Praxias Ideo motoras, los resultados obtenidos están por debajo de lo esperado,
204 presentándose alteraciones en la organización y ejecución de actividades práctica de mediana y alta complejidad,
205 siendo consistente con procesos a nivel ejecutivo, para la organización, planeación y ejecución de actividades
206 básicas que anteriormente estaban automatizadas, requiriendo de un gasto cognitivo importante para su ejecución.

207 Ejemplo ejecutar actividades con instrumentos (clavar un clavo, cortar papel con una tijera, amarrarse los
208 cordones entre otras).

209 Por otro lado, la evaluación de habilidades de la vida diaria, evidencian desempeño dentro de lo esperado, no
210 siendo necesario la intervención de terceros para el desarrollo de actividades de autoayuda (peinarse, bañarse,
211 cepillarse, abotonarse la camisa) sin embargo, en actividades de tipo instrumental, (responder el teléfono,
212 prepararse sus propios alimentos, manejo de la medicación) se observa en el paciente dificultades moderadas
213 para el desarrollo de estas actividades, las cuales requieren un mayor nivel de autonomía. por ser mucho más
214 complejas. Involucrándose a la familia, como canalizador para la consecución de ellas, así mismo, con la familia se
215 logra manejo de ideas irracionales, adherencia al tratamiento y pautas de manejo ante las habilidades cognitivas
216 conservadas del paciente, como forma de lograr independencia y progreso en su estado emocional.

217 Considerando, los cambios emocionales del paciente se le aplica escala de Yesavage obteniendo un resultado
218 de > 14 siendo esto, indicador de Depresión severa, escala que maneja una sensibilidad del 80%; especificidad del
219 100% es importante resaltar, que esta alteración emocional se desarrolla como una reacción reactiva de la nueva
220 condición que enfrenta el paciente en su vida familiar, laboral y social. (Donoso 2002) Según la valoración del
221 estado de conciencia del paciente, permitió observar estado de alerta, con ausencia de síntomas de anosognosia,
222 y preocupación por los defectos lingüísticos La remisión al área de psiquiatría deja por sentado el diagnóstico
223 de depresión, quien, ordena tratamiento con Fluoxetina 20 mg/día vía oral, por la mañana, con marcador de
224 adherencia optimizada, y cambios significativos en su estado emocional.

225 12 VII.

226 13 Discusión

227 Como se ha descrito anteriormente este estudio de caso, pretende demostrar la importancia de evaluar el perfil
228 cognitivo de un paciente con afasia de Wernicke, perfil que, al ser identificado, facilita el diagnóstico cognitivo,
229 teniendo en cuenta que desde las afasias se desprenden diferentes tipos y cada una de ellos puede presentar
230 sintomatología diferente, lo que puede ocasionar controversia en el diagnóstico o bien sea, confusión. (Parras,
231 Benjumea y gallego 2017) existiendo la necesidad de dilucidar los síntomas que lo confirmen; no solo con la
232 semejanza de la evaluación del lenguaje si no el resto de funciones cognitivas. Es importante destacar que, para
233 establecer el diagnóstico de las afasias, se consideren ciertas variables, con el propósito de reducir las posibilidades
234 de error (González y Toledo 2007), inicialmente: determinar la naturaleza del trastorno a través de la identificación
235 de las áreas cerebrales lesionadas y luego correlacionarlas con la presentación del déficit cognitivo esperado.

236 Siguiendo el mismo orden de ideas, el diagnóstico diferencial de las afasias desde la perspectiva de la
237 neuropsicología clásica, se basa principalmente en evidenciar la producción oral, la comprensión auditiva, la
238 repetición y la denominación, y adicionalmente incluye la evaluación de la lectura y la escritura, según González
239 et al., 2007 , por lo tanto la evaluación neurocognitiva, es fundamental en la valoración del paciente con AW,
240 dejando en evidencia que muchos pacientes con este diagnóstico pueden presentar otras alteraciones asociadas o
241 bien determinar áreas conservadas relacionadas con el lenguaje, habilidad que generalmente se altera por el evento
242 isquémico, específicamente, en el identificar y señalar dibujos, objetos, figuras geométricas, letras y números caso
243 particular que se presenta en este estudio clínico; a diferencia, del estudio de (Masjuan, et al 2018) que señala que
244 estas áreas deben estar dañada y consecuente a esto, la habilidad del paciente. De igual forma, estudio de Ardila,
245 en el 2014 pág. 66 "Menciona la presencia de la anomia como un síntoma tradicional para el reconocimiento de
246 partes del cuerpo, objetos externos y colores; así como también deficiencias para nombrar nombres de personas,
247 seres vivos herramientas, entre otros." Similar a otros estudios, se encuentran otras habilidades preservadas del
248 paciente objeto de estudio, es la capacidad de lectura de palabras y frases sencillas; comenta (Ardila et al.,
249 2007) que esta habilidad puede estar "relativamente normal a anormal; por otro lado, estudios de (González et
250 al 2007) que, por lo general, la lectura y escritura se encuentran severamente alteradas. De la misma forma el
251 mismo autor (Ardila et al., 2007) comenta que otras habilidades preservadas en el paciente, es el reconocimiento
252 de letras en diferentes tipos, incluyendo mayúsculas y minúsculas, así como en el proceso de reconocimiento de
253 números. Conservando la capacidad para la discriminación y reconocimiento de las imágenes, esto corroborado
254 con la presentación de lista múltiple de palabras soportado en el Test De Boston.

255 ? "Los pacientes presentan una escritura fluida con letras bien formadas que se combinan para formar aparentes
256 palabras. Sin embargo, las letras se combinan en una forma incorrecta. Las palabras correctas son escasas y
257 abundan las combinaciones inteligibles la escritura es similar a la producción oral con abundantes paragrafias
258 literales, verbales y neologismos". (p.64). A Siguiendo con la atención es esperado encontrar en la AW, trastornos
259 en la atención sostenida, y focalizada. Sin embargo, el resultado en esta área evidencia el logro del paciente en
260 mantener de forma aceptable la realización de una tarea de rastreo visomotor sencillo, con un tiempo admisible
261 en su ejecución según su condición clínica, ejemplo: los resultados obtenidos por el test TMT A. esta habilidad
262 conservada permite la adopción de estrategias de rehabilitación que se refuerce y mejore; lo que facilita las
263 actividades de la vida diaria; esto a su vez se relaciona con los resultados obtenidos en la prueba de Barthel
264 "capacidad de responder por sí mismo." Es importante reconocer, según Masjuan et al en el 2018 anoto: Cuando
265 las áreas del lenguaje se dañan por una lesión en el cerebro, puede ir acompañado de trastornos de memoria
266 y de atención, La memoria, la atención y el lenguaje están íntimamente relacionados, funciones que se activan
267 al hablar y son dependientes. Sin embargo, en el presente estudio, la memoria visual, se obtiene un resultado
268 esperado. Cabe resaltar que la corteza visual es la encargada de recibir información de regiones subcorticales,
269 como el cuerpo geniculado lateral. (Muñoz et al 2009) lo que no descarta mantener el seguimiento de estas áreas
270 en particular.

271 Según el seguimiento al caso clínico, el estado emocional que experimento el paciente indica ser consciente
272 de su trastorno y dificultades para comunicarse, entrando en un estado egodistónico. Opuesto a esto, estudios
273 sugieren que no hay evidencia si los pacientes con AW están consiente de su déficit. Las evidencias sugieren
274 que no están conscientes, pero, pueden reconocer sus errores si se les presenta una grabación. (Sánchez, García,
275 Hernández, y Zarate 2003)

276 Es importante resaltar, que el pronóstico de este caso se acentúa de acuerdo a la rehabilitación satisfactoria que
277 se le brinde a futuro al paciente, enfocada al lenguaje, área determinante y fundamental para la integración social;

278 sumándose entre otros factores, el papel de la familia con su aceptación, su apoyo, cooperación y comprensión;
 279 por lo tanto, se hace necesario que la rehabilitación se inicie lo más pronto posible.
 280 (Álvarez y Bermúdez 2008) dependiendo esta intrusión del diagnóstico oportuno.

281 **14 VIII.**

282 **15 Conclusión**

283 Identificar el perfil cognitivo es primordial en la AW, a través de la implementación y selección de pruebas que
 284 el paciente afásico pueda abordar de acuerdo a su estado actual, establecidas en la tabla N°2 La aplicación de
 285 la evaluación neurocognitiva, favorece la identificación de las habilidades conservadas, que podrían ser punto de
 286 partida para iniciar un programa de rehabilitación con todos aquellos profesionales que intervienen a pacientes
 287 con AW.

288 Sería importante para futuras intervenciones a personas con trastorno en el lenguaje por AW recomendar la
 289 intervención integral del paciente; permitiendo detectar otras complicaciones que pueden deteriorar la clínica del
 290 paciente y el rescate oportuno de las habilidades conservadas como compensación de otra deteriorada.

291 Conflicto de intereses: Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses

292 Agradecimientos: a la Fundación Hospital Universitario Metropolitano por el auspicio a los investigadores. Al
 293 paciente y la familia por permitir este proceso evaluativo.

294 Fuentes de financiación: Este estudio fue financiado por la Universidad Metropolitana de Barranquilla -
 Colombia y la Fundación Hospital Universitario Metropolitano, FHUM ¹

Elisama E. Beltrán De La Rosa

[Note: ? , Miguel Montañez Romero ? & Cirit Mateus De Oro ?]

Figure 1:

1

	Lenguaje	Característica
Lenguaje conversacional		Fluente, parafásico
Comprensión del lenguaje		Anormal
Repetición		Anormal
	Señalar	Anormal
Denominar		Anormal
Lectura: En voz alta		Relativamente normal a anormal
Comprensión		Relativamente normal a anormal
	Escritura	Anormal

Por otro lado, es habitual encontrar en los pacientes que sufren AW alteraciones asociadas: cognitivas, neurológicas, alteraciones conductuales o neuropsiquiátricas (depresión, impulsividad, ira, desesperación) trastornos sensitivos en la visión (Masjuan et al. 2018)

ansiedad, patía,

Figure 2: Tabla 1 :

295

¹© 2020 Global Journals Clinical Case: Neurocognitive Evaluation in an Adult Patient with Wernicke’s Aphasia

Escala: memoria de Wechsler (WMS)	Memoria		Memoria verbal Compromisos leves en Adecuada capaci- dad de almacenamiento de información verbal Memoria no verbal: dentro de lo esper- ado Memoria de tra- bajo: compromisos severos
Sub pruebas de la WMS, control mental			Evaluar los difer- entes tipos
Sub pruebas Memoria lógica de la escala de Wechsler	Memoria de trabajo	de	de memoria y su grado de afectación
Sub pruebas dígitos de la escala de Wechsler			Compromiso severo
Memoria auditiva verbal: en- sayo diferido	Memoria inmediata -auditiva o ecoica		Compromiso leve
Evocación de Memoria de la Figura Geométrica Compleja De Rey	Memoria visual		Promedio esperado
Reproducción visual de la WMS			
Batería del Boston	Lenguaje		Evaluar lenguaje Deterioro severo del lenguaje
Test de clasificación de tarje- tas de Wisconsin	Funciones Ejecutivas		Evaluar flexibili- dad cognitiva, capacidad de planeación, categorización y conceptual- ización
Prueba: Praxias Ideomotoras			Compromiso leve
Prueba: Praxias Ideacionales	Praxias: Ideo- motoras -Viso		Compromiso leve
Copia de la Figura Geométrica Compleja De Rey	constructiva		Evaluar las funciones de habilidades viso- espaciales:
Escala: Barthel para la valoración de actividades de la vida diaria (AVD)	Habilidades		Promedio esperado
			Capacidad de

-
- 296 [Servicio De Logopedia Y Foniatría] , Servicio De Logopedia Y Foniatría . [http://www.sld.cu/galerias/](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/afasias_1.pdf)
297 [pdf/sitios/rehabilitacion-
logo/afasias_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/afasias_1.pdf) La Habana, Cuba.
- 298 [Silva] , Jorge A Barrientos Silva .
- 299 [Álvarez and Bermúdez ()] , L Álvarez , A Bermúdez . *AFASIAS* 2008.
- 300 [Tirapu et al. ()] , J Tirapu , M Rios , Maestú . *Manual De Neuropsicología. Segunda Edición. Sevilla* 2011.
301 Editorial VIGUERA EDITORES.
- 302 [Sánchez et al. ()] ‘Afasia. Un trastorno del lenguaje de fisiopatología compleja y origen multifactorial’. J H
303 Sánchez , S García , M Hernández , A González , A Zarate . *Revista de especialidades Médicoquirúrgicas*
304 2003. 8 (1) p. .
- 305 [González and Hornauer ()] ‘Afasia: una perspectiva clínica’. R González , A Hornauer . *Revista Hospital Clínico*
306 *Universidad de Chile* 2014. 2 p. .
- 307 [Donoso ()] *Anosognosia en enfermedades cerebrales. Revista chilena de neuro-psiquiatría*, A Donoso . 2002. 40
308 p. .
- 309 [Ardila ()] *Aphasia Handbook. Department of Communication Sciences and Disorders*, A Ardila . 2014. Miami,
310 Florida. USA. (Recuperado febrero 5 de 2019)
- 311 [Parra et al. ()] ‘Características neuropsicológicas y neurofisiológicas de los distintos tipos de Afasias’. N Parra ,
312 J Benjumea , S Gallego . 10.5839/rcnp.2017.12.02.07. *Revista Chilena de Neuropsicología* 2017. 12 (2) p. .
- 313 [CENBA (Sf) Que es un estudio Angiográfico. Ficha técnica, recuperada en febrero 07 de ()] *CENBA*
314 *(Sf) Que es un estudio Angiográfico. Ficha técnica, recuperada en febrero 07 de*, http://www.centroendovascular.com.ar/pdf/que_es_angiografia.pdf 2019. Centro Endovascular
315 [neuroológico Buenos Aires](http://www.centroendovascular.com.ar/pdf/que_es_angiografia.pdf)
316 [neuroológico Buenos Aires](http://www.centroendovascular.com.ar/pdf/que_es_angiografia.pdf)
- 317 [Martínez ()] ‘Definición de afasia. Afasiología: desarrollo histórico’. J Martínez . *Revista Digital Universitaria*
318 2008. 9 (12) p. .
- 319 [González and Toledo ()] *Diagnóstico diferencial de las afasias*, R González , L Toledo . [//repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123326/Guia_Docente_Afasia_2007.pdf](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123326/Guia_Docente_Afasia_2007.pdf) 2007. 2019[http](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123326/Guia_Docente_Afasia_2007.pdf).
320 Guía Docente Curso de Postgrado, Universidad de Chile, Hospital Universitario de Chile, Escuela de
321 Fonoaudiología, Unidad de adulto. Santiago de Chile. Recuperado en febrero de
322 [//repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123326/Guia_Docente_Afasia_2007.pdf](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123326/Guia_Docente_Afasia_2007.pdf)
- 323 [Ardila and Roselli ()] *Editorial Manual Moderno*, A Ardila , M Roselli . 2007. México D. F. (Neuropsicología
324 clínica)
- 325 [Muñoz et al. ()] *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. Primera edición*, E Muñoz , J L
326 Blázquez , N Galpasoro , B González , G Lubrini , J A Periañez , M Rios , I Sanchez , J Tirapu , A
327 Zulaica . 2009. Barcelona, España.
- 328 [Carlson ()] *Fundamentos de psicología fisiológica*, N R Carlson . 1996.
- 329 [Fajardo and Moya ()] *Fundamentos Neuropsicológicos Del Lenguaje*, L Fajardo , C Moya . 2002. Salamanca,
330 España. Universidad De Salamanca. Ediciones Universidad De Salamanca
- 331 [Diez ()] *Intervención Logopédica en un Sujeto con Afasia*, A Diez . 2014. Universidad de Valladolid (tesis de
332 pregrado)
- 333 [Vallejo ()] *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Séptima Edición*, J Vallejo . 2011. Barcelona, España:
334 Elsevier España, S. L.
- 335 [Javed and Wroten ()] *Neuroanatomía, Área de Wernicke. Stat Pearls Publishing LLC*, K Javed , M Wroten .
336 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30422593> 2019. (Recuperado en marzo de 2019)
- 337 [Bacca et al. ()] ‘Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores
338 colombianos. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe’. A Bacca , A González , A Uribe .
339 *España y Portugal* 2004. 1 (4) p. .