Volume 20 Issue 13
Originally issued as A1



Global Journal of Medical Research: A
Neurology and Nervous System
Volume 20 Issue 1 Version 1.0 Year 2020
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal
Publisher: Global Journals
Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

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

By Elisama E. Beltrán De La Rosa, Miguel Montañez Romero & Cirit Mateus De Oro
Foundation University Hospital Metropolitano

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.

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

GJMR-A Classification: NLMC Code: WL 140



Strictly as per the compliance and regulations of:



© 2020. Elisama E. Beltrán De La Rosa, Miguel Montañez Romero & Cirit Mateus De Oro. This is a research/review paper, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 3.0 Unported License http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/), permitting all non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

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

Caso Clínico: Evaluación Neurocognitiva En Un Paciente Adulto Con Afasia De Wernicke

Elisama E. Beltrán De La Rosa [α], Miguel Montañez Romero [σ] & Cirit Mateus De Oro [ρ]

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.*

Author α: Psicóloga, PhD Psicología Comportamiento y Cognición, Magíster en Psiconeuropsiquiatría y Rehabilitación, Magíster en Psicología e Intervención social, Especialista en Salud Familiar. Directora de Maestría en Psiconeuropsiquiatría y Rehabilitación y docente investigador Universidad Metropolitana, Barranquilla (Colombia), Fundación Hospital Universitario Metropolitano Correo electrónico: e-mails: elisamabeltran@gmail.com, elisama.beltran@unimetro.edu.co

Author σ: Psicólogo, magíster en Psiconeuropsiquiatría y Rehabilitación, coordinador de énfasis de clínico en maestría Psiconeuropsiquiatría y rehabilitación, Universidad Metropolitana, Barranquilla (Colombia). Correo electrónico. e-mails: miguelmontanez1989@gmail.com, miguel.montanez@ unimetro.edu.co

Author ρ: Doctorante en Comunicación magister en Psiconeuropsiquiatría y Rehabilitación. Director del grupo de investigación CEPUM, Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia. e-mail: ciritmatieus@gmail.com

I. Introducción

La 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 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. (Martínez, 2008).

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

Por otro lado, el neurólogo alemán, Carl Wernicke, en 1874 estudio una serie de pacientes con daño en el lóbulo temporal, en una zona muy cercana a la descubierta por Paul Broca, es así como discrepó con la teoría de Broca y demostró que esta área no era la única zona implicada en la producción del lenguaje,

© 2020 Global Journals

ya que una lesión en el área de Wernicke provocaba síntomas distintos a los descubiertos por Broca: el paciente era incapaz para comprender y repetir el lenguaje hablado, pero sí eran capaces de hablar, es decir, de emitir sonidos mediante el movimiento de ciertos músculos. Una lesión en el área de Wernicke no produce ninguna afección al oído ni parálisis de ningún tipo, en su trabajo identifica como 1 de 2 áreas encontradas en la corteza cerebral que maneja el habla. (Javed y Wroten 2019).

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

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

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

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

II. Insertar Tabla n° 1 Aquí

Tabla 1: Características de la Afasia de Wernicke (Adaptado de Benson y Ardila, 1996)

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 neuropsiquiatrías (depresión, ansiedad, apatía, impulsividad, ira, desesperación) trastornos sensitivos en la visión (Masjuan et al. 2018) alteraciones que pueden ser más invalidantes que la misma AW, trastornando el entorno multidimensional (Educación, salud, ocupación, redes y cohesión social) de quien la padece.

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

© 2020 Global Journals

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

III. Método

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

IV. Descripción Del Caso Clínico

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

V. Instrumentos

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

a) Historia Clínica

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

b) Pruebas neurocognitivas

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

c) Pruebas de evaluación emocional

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

Tabla 2: Instrumentos aplicados en la evaluación neuropsicológica

Prueba aplicada	Función que evalúa por procesos	Objetivo de la prueba	Diagnóstico
Escala: Cribado básico: Mini Mental State Examination MMSE	Orientación en tiempo y lugar	Evaluación del estado actual de las funciones cognitivas	Deterioro Cognitivo
	Memoria de fijación y Evocación		
	Atención y calculo		
Test de ejecución continua (CPT)	Atención Sostenida	Determinar el grado de afectación de la atención	Compromiso severo
Test de Benton			Promedio alto
TMT-A (57")	Atención focalizada		Compromiso leve
TMT-B (181")			
Test De Stroop			

© 2020 Global Journals

Escala: memoria de Wechsler (WMS)	Memoria	Evaluar los diferentes tipos de memoria y su grado de afectación	Memoria verbal Compromisos leves en
			Adecuada capacidad de almacenamiento de información verbal
			Memoria no verbal: dentro de lo esperado
			Memoria de trabajo: compromisos severos
Sub pruebas de la WMS, control mental	Memoria de trabajo		Compromiso severo
Sub pruebas Memoria lógica de la escala de Wechsler			
Sub pruebas dígitos de la escala de Wechsler			
Memoria auditiva verbal: ensayo diferido	Memoria inmediata – auditiva o ecoica		Compromiso leve
Evocación de Memoria de la Figura Geométrica Compleja De Rey Reproducción visual de la WMS	Memoria visual		Promedio esperado
Batería del Boston	Lenguaje	Evaluar lenguaje	Deterioro severo del lenguaje
Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin		Evaluar flexibilidad cognitiva, capacidad de planeación, categorización y conceptualización	Compromiso severo
	Funciones Ejecutivas		
Prueba: Praxias Ideomotoras	Praxias: Ideomotoras - Viso constructiva	Evaluar las funciones de habilidades viso-espaciales:	Compromiso leve
Prueba: Praxias Ideacionales			Compromiso leve
Copia de la Figura Geométrica Compleja De Rey			Promedio esperado
Escala: Barthel para la valoración de actividades de la vida diaria (AVD).	Habilidades de la vida diaria	Evaluar las habilidades de la vida diaria	Capacidad de responder por sí mismo
Índice Katz			
Escala: Depresión de Yesevage	Estado emocional	Evaluar estado emocional del paciente.	Depresión severa

VI. Resultados

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

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

© 2020 Global Journals

Siguiendo con la valoración, en el lenguaje, el resultado muestra, un lenguaje espontaneo fluido, a nivel articulatorio con una longitud de frases entre cinco o más palabras, prosodia conservada (acento, los tonos y la entonación), no obstante, se encuentra en el paciente, alteración en el contenido, con presencia de parafasia semánticas y fonética (hija por pija) caracterizado por ser extenso, con poca precisión en sus contenidos, anómico, presencia de circunloquios y algunos neologismos.

Igualmente, los aspectos gramaticales del lenguaje presentan dificultades, debido a la presencia de paragramatismo como son la omisión o la sustitución asistemicas de morfemas gramaticales y de palabras de contenido.

Por ejemplo, ante la pregunta ¿Cuántos hijos tiene? Responde el paciente

> *"mi hija Andrea, Guadalupe, es la ex Guadalupe duré 17 años ya la separación y todo eso, después me hicieron, fui a la universidad autónoma de Madrid hice el doctorado, después en agosto estaba yo y estaba Adriana estaba en Santa Marta empezamos estaba en cámara de comercio de Sta. Marta y empezamos todos los fines de semana, y ya".*

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

En cuanto a la denominación verbal por confrontación visual, está comprometida moderadamente, reconoce los objetos, pero no logra evocar su nombre, presencia de errores de tipo parafasico semántico. Utiliza como método compensatorio circunloquios y parafasias fonológicas en su discurso. En el momento de la evocación de contenidos, las claves fonológicas suelen resultar de mayor ayuda. Presentó preservadas las habilidades relacionadas con identificar y señalar dibujos de objetos, figuras geométricas, letras y números.

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

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

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

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

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

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

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

En relación a la praxias viso constructiva, se observa un adecuado desempeño en las funciones y habilidades viso- espaciales. en las Praxias Ideacionales y Praxias Ideo motoras, los resultados obtenidos están por debajo de lo esperado, presentándose alteraciones en la organización y ejecución de actividades práxica de mediana y alta complejidad, siendo consistente con procesos a nivel

© 2020 Global Journals

ejecutivo, para la organización, planeación y ejecución de actividades básicas que anteriormente estaban automatizadas, requiriendo de un gasto cognitivo importante para su ejecución. Ejemplo ejecutar actividades con instrumentos (clavar un clavo, cortar papel con una tijera, amarrarse los cordones entre otras).

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

Considerando, los cambios emocionales del paciente se le aplica escala de Yesavage obteniendo un resultado de > 14 siendo esto, indicador de Depresión severa, escala que maneja una sensibilidad del 80%; especificidad del 100% es importante resaltar, que esta alteración emocional se desarrolla como una reacción reactiva de la nueva condición que enfrenta el paciente en su vida familiar, laboral y social. (Donoso 2002) Según la valoración del estado de conciencia del paciente, permitió observar estado de alerta, con ausencia de síntomas de anosognosia, y preocupación por los defectos lingüísticos

La remisión al área de psiquiatría deja por sentado el diagnostico de depresión, quien, ordena tratamiento con Fluoxetina 20 mg/día vía oral, por la mañana, con marcador de adherencia optimizada, y cambios significativos en su estado emocional.

VII. Discusión

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

Siguiendo el mismo orden de ideas, el diagnóstico diferencial de las afasias desde la perspectiva de la neuropsicología clásica, se basa principalmente en evidenciar la *producción oral, la comprensión auditiva, la repetición y la denominación, y adicionalmente incluye la evaluación de la lectura y la escritura*, según González et al., 2007 , por lo tanto la evaluación neurocognitiva, es fundamental en la valoración del paciente con AW, dejando en evidencia que muchos pacientes con este diagnóstico pueden presentar otras alteraciones asociadas o bien determinar áreas conservadas relacionadas con el lenguaje, habilidad que generalmente se altera por el evento isquémico, específicamente, en el identificar y señalar dibujos, objetos, figuras geométricas, letras y números caso particular que se presenta en este estudio clínico; a diferencia, del estudio de (Masjuan, et al 2018) que señala que estas áreas deben estar dañada y consecuente a esto, la habilidad del paciente. De igual forma, estudio de Ardila, en el 2014 pág. 66 "Menciona la presencia de la anomia como un síntoma tradicional para el reconocimiento de partes del cuerpo, objetos externos y colores; así como también deficiencias para nombrar nombres de personas, seres vivos herramientas, entre otros."

Similar a otros estudios, se encuentran otras habilidades preservadas del paciente objeto de estudio, es la capacidad de lectura de palabras y frases sencillas; comenta (Ardila et al., 2007) que esta habilidad puede estar "relativamente normal a anormal; por otro lado, estudios de (González et al 2007) que, por lo general, la lectura y escritura se encuentran severamente alteradas. De la misma forma el mismo autor (Ardila et al., 2007) comenta que otras habilidades preservadas en el paciente, es el reconocimiento de letras en diferentes tipos, incluyendo mayúsculas y minúsculas, así como en el proceso de reconocimiento de números. Conservando la capacidad para la discriminación y reconocimiento de las imágenes, esto corroborado con la presentación de lista múltiple de palabras soportado en el Test De Boston.

> … "Los pacientes presentan una escritura fluida con letras bien formadas que se combinan para formar aparentes palabras. Sin embargo, las letras se combinan en una forma incorrecta. Las palabras correctas son escasas y abundan las combinaciones inteligibles la escritura es similar a la producción oral con abundantes paragrafias literales, verbales y neologismos". (p.64).

© 2020 Global Journals

Siguiendo con la atención es esperado encontrar en la AW, trastornos en la atención sostenida, y focalizada. Sin embargo, el resultado en esta área evidencia el logro del paciente en mantener de forma aceptable la realización de una tarea de rastreo viso-motor sencillo, con un tiempo admisible en su ejecución según su condición

clínica, ejemplo: los resultados obtenidos por el test TMT A. esta habilidad conservada permite la adopción de estrategias de rehabilitación que se refuerce y mejore; lo que facilita las actividades de la vida diaria; esto a su vez se relaciona con los resultados obtenidos en la prueba de Barthel "capacidad de responder por sí mismo."
Es importante reconocer, según Masjuan et al en el 2018 anoto:

Cuando las áreas del lenguaje se dañan por una lesión en el cerebro, puede ir acompañado de trastornos de memoria y de atención, La memoria, la atención y el lenguaje están íntimamente relacionados, funciones que se activan al hablar y son dependientes. Sin embargo, en el presente estudio, la memoria visual, se obtiene un resultado esperado. Cabe resaltar que la corteza visual es la encargada de recibir información de regiones subcorticales, como el cuerpo geniculado lateral. *(*Muñoz et al 2009*)* lo que no descarta mantener el seguimiento de estas áreas en particular.

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

Es importante resaltar, que el pronóstico de este caso se acentúa de acuerdo a la rehabilitación satisfactoria que se le brinde a futuro al paciente, enfocada al lenguaje, área determinante y fundamental para la integración social; sumándose entre otros factores, el papel de la familia con su aceptación, su apoyo, cooperación y comprensión; por lo tanto, se hace necesario que la rehabilitación se inicie lo más pronto posible. (Álvarez y Bermúdez 2008) dependiendo esta intrusión del diagnóstico oportuno.

VIII. Conclusión

Identificar el perfil cognitivo es primordial en la AW, a través de la implementación y selección de pruebas que el paciente afásico pueda abordar de acuerdo a su estado actual, establecidas en la tabla N°2

La aplicación de la evaluación neurocognitiva, favorece la identificación de las habilidades conservadas, que podrían ser punto de partida para iniciar un programa de rehabilitación con todos aquellos profesionales que intervienen a pacientes con AW.

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

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

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

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

References Références Referencias

1. Ardila A., Roselli M. (2007) Neuropsicología clínica. México D. F. Editorial Manual Moderno, S. A Álvarez L., Bermúdez A. (2008) AFASIAS. Servicio de Logopedia y Foniatría. La Habana, Cuba. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/afasias_1.pdf
2. Ardila A. (2014) Aphasia Handbook. Department of Communication Sciences and Disorders. Miami, Florida. USA. Recuperado febrero 5 de 2019 https://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/ardila-a-2014-aphasia-handbook-miami-fl-florida-international-university2.pdf
3. Bacca A., González A., Uribe A. (2004) Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.* 1(4), 52 - 63
4. Carlson N. R. (1996) Fundamentos de psicología fisiológica. Jorge A. Barrientos Silva. Tercera edición. México: Editorial PEARSON
5. Centro Endovascular neurológico Buenos Aires, CENBA (Sf) Que es un estudio Angiográfico. Ficha técnica, recuperada en febrero 07 de 2019. http://www.centroendovascular.com.ar/pdf/que_es_angiografia.pdf
6. Diez A. (2014) "Intervención Logopédica en un Sujeto con Afasia, tesis de pregrado, Universidad de Valladolid.

© 2020 Global Journals

7. Donoso A. (2002) Anosognosia en enfermedades cerebrales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 40(2), 69-79.
8. Fajardo L., Moya C. (2002) Fundamentos Neuropsicológicos Del Lenguaje. Salamanca, España. Editorial: Universidad De Salamanca. Ediciones Universidad De Salamanca.
9. González R., Hornauer A. (2014) Afasia: una perspectiva clínica. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. 2, 291 – 308.
10. González R., Toledo L. (2007) Diagnóstico diferencial de las afasias. Guía Docente Curso de Postgrado, Universidad de Chile, Hospital Universitario de Chile, Escuela de Fonoaudiología, Unidad de adulto. Santiago de chile. Recuperado en febrero de 2019http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123326/Guia_Docente_Afasia_2007.pdf
11. Javed K., Wroten M. (2019) Neuroanatomía, Área de Wernicke. Stat Pearls Publishing LLC. Recuperado en marzo de 2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30422593.
12. Martínez J. (2008) Definición de afasia. Afasiología: desarrollo histórico. *Revista Digital Universitaria*.9(12), 2-18.
13. Masjuan J., Montero P., Gil A., Peláez L., Marhuenda C., Tapiador N., Guiu J., Briales H. (2018) Alteraciones Asociadas a la Afasia. Edita: Asociación Ayuda Afasia.
14. Muñoz E., Blázquez J. L, Galpasoro N., González B., Lubrini G., Periañez J.A. Rios M., Sanchez I., Tirapu J., Zulaica A. (2009) Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. Primera edición. Barcelona, España. Editorial OUC.
15. Parra N., Benjumea J., Gallego S. (2017) Características neuropsicológicas y neurofisiológicas de los distintos tipos de Afasias. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 12(2), 38-42 DOI: 10.5839/rcnp.2017.12.02.07.
16. Sánchez J. H., García S., Hernández M., González A., Zarate A. (2003) Afasia. Un trastorno del lenguaje de fisiopatología compleja y origen multifactorial. *Revista de especialidades Médico-quirúrgicas*. 8 (1), 20-27.
17. Tirapu J., Rios M., Maestú (2011) Manual De Neuropsicología. Segunda Edición. Sevilla, España: Editorial VIGUERA EDITORES.
18. Vallejo J. (2011) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Séptima Edición. Barcelona, España: Editorial Elsevier España, S. L.

© 2020 Global Journals