

PREVALENCIA DE ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UNA CLÍNICA
DE SINCELEJO

ELIBETH VERGARA FLOREZ

UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA
SINCELEJO SUCRE

2018

PREVALENCIA DE ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UNA CLÍNICA
DE SINCELEJO

ELIBETH VERGARA FLOREZ

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE FONOAUDIÓLOGA

DIRECTORA: IVON PATRICIA QUESSEP TAPIAS
FONOAUDIÓLOGA, ESPECIALISTA EN INVESTIGACIÓN APLICADA A LA
EDUCACIÓN, MAGÍSTER EN EDUCACIÓN

UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDIOLOGÍA
SINCELEJO SUCRE

2018

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Sincelejo, 21 de noviembre de 2018

AGRADECIMIENTOS

Mi vida y mis caminos siempre han estado delante de Dios y para El solo es mi alabanza, me dio la oportunidad de vivir aun cuando he estado en peligro, a El doy gracias por forjar mi camino por colocarme en sus propósitos eternos, enseñarme su Palabra, darme una familia que le sigue y aprender bajo la guía de personas que aportaron en la realización de mis proyectos y metas trazadas.

Este trabajo de tesis ha sido de gran bendición puesto que vi en cada paso y etapa la mano bondadosa de Dios dando sabiduría, inteligencia, paciencia y el amor demostrado en la orientación por parte de mi tutora la cual me inculcó el deseo de investigar a Ella le agradezco esa abnegación y deseo que Dios la bendiga en todas las áreas de su vida, agradezco también a mi familia que han trabajado duro para verme lograr cada meta propuesta dándome consejos para tomar buenas decisiones siempre bajo el acto poderoso de la oración, su aporte de amor y voluntad de ayudar en medio de las crisis me enseñan a cada día a luchar por lo que quiero, le doy gracias a mi amado por su apoyo y disposición de ayudar en todo momento.

Igualmente agradezco a la Clínica las Peñitas S.A.S. Por el gran aporte al Servicio de Fonoaudiología de La Universidad Sucre que por años han sido facilitadores de excelentes Prácticas Formativas y así mismo permitirme ejecutar este proyecto bajo los permisos establecidos.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. MARCO DE REFERENCIA	16
1.1 MARCO DE ANTECEDENTES	16
1.2 MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL	20
1.2.1 Lenguaje	20
1.2.2 Bases neuronales del lenguaje	21
1.2.3 Lenguaje expresivo	25
1.2.4 Lenguaje comprensivo	26
1.2.5 Trastornos del lenguaje	27
1.2.5.1 Trastornos del lenguaje expresivo	27
1.2.5.2 Trastorno del lenguaje comprensivo	31
1.2.5.3 Trastorno mixto del lenguaje (expresivo- receptivo)	34
1.2.6 Etiología de trastornos expresivos y comprensivos	36
1.2.7 Epidemiología de los trastornos del lenguaje en adultos	40
1.2.8 Evaluación de los trastornos del lenguaje en el adulto	41
2. METODOLOGÍA	43
2.1 POBLACIÓN Y MUESTRA	43
2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	43
2.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	44
2.4 TÉCNICA	44
2.5 VARIABLES	45
2.6 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	46

2.7 PROCEDIMIENTO.....	47
3. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	48
4. CONCLUSIONES	57
5. RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS	64

LISTA DE TABLAS

	pág
Tabla 1 Operacionalización de variable	45
Tabla 2 Distribución de frecuencias de Edad.....	49
Tabla 3 Distribución de etiologías de la muestra.	50
Tabla 4 Tipo de alteración del lenguaje	52
Tabla 5 Características lingüísticas de Trastorno Expresivo	52
Tabla 6 Características lingüísticas de Trastorno Compresivo	53
Tabla 7 Características lingüísticas de Trastorno Mixto del Lenguaje	53

LISTA DE GRAFICOS

	pág
Gráfico 1: Distribución de frecuencia de Género.....	48
Gráfico 2: Distribución de frecuencia de ocupación de la muestra.	49
Gráfico 3: Distribución de Casos por año	54

LISTA DE ANEXOS

	pág
Anexo A Carta de Solicitud de Permiso	65
Anexo B Formato de Recolección De Datos.....	67
Anexo C Lista de Chequeo	68
Anexo D Lista de Chequeo (Diligenciada)	69
Anexo E Formato de recolección de Datos (Diligenciado)	70
Anexo F Muestra De Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Adquirido Formato De Síntesis De Datos.....	79
Anexo G Formato De Síntesis De Datos.....	83
Anexo H Trastornos Del Lenguaje Expresivo.....	84
Anexo I Trastornos Del Lenguaje Comprensivo.....	85
Anexo J Trastornos Del Lenguaje Mixto	86

RESUMEN

El lenguaje es la capacidad de representación de la realidad, es el medio que hace posible la comunicación. La pérdida de esta función cognitiva genera serias alteraciones. Las alteraciones del lenguaje implican diferentes grados de deterioro en el procesamiento cognitivo del lenguaje, lo que, a su vez, genera disímiles niveles de discapacidad para la comunicación verbal, constituyendo una desventaja importante para el paciente que padece cualquier tipo de trastorno lingüístico, porque afecta a su sistema de relaciones sociales, sobre todo a nivel familiar y comunitario, limitando su interacción con el medio y su adaptación a él.

Este estudio buscó determinar la prevalencia de Alteraciones del Lenguaje Adquirido en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de una Clínica de Sincelejo. La muestra estuvo conformada por 40 pacientes adscritos al servicio de fonoaudiología en las prácticas formativas de la Universidad de Sucre a partir del año 2015 hasta el I período del año en curso. Se encontró que el 51,2% de la población pertenece al género masculino, con edad entre 71 – 80 años, siendo el Trastornos Expresivo el que presenta mayor prevalencia con el 52,5 %. La mayor frecuencia dentro de las patologías de base correspondió al Evento Cerebrovascular con un 52,5% en el año 2017, año en el que se registró mayor número de pacientes con Trastornos Adquiridos del Lenguaje.

Estos datos permiten dar una visión detallada del estado comunicativo de los pacientes en edad adulta que requieren de la intervención de los servicios fonoaudiológicos los cuales son necesarios en las áreas hospitalarias de clínicas de la región.

Palabras claves: Prevalencia, Lenguaje, Trastornos del lenguaje adquirido.

ABSTRACT

Language is the capacity to represent reality, it is the means that makes communication possible. The loss of this cognitive function generates serious alterations. The language alterations imply different degrees of deterioration in the cognitive processing of language, which, in turn, generates dissimilar levels of disability for verbal communication, constituting an important disadvantage for the patient suffering from any type of linguistic disorder, because it affects to its system of social relations, especially at family and community level, limiting its interaction with the environment and its adaptation to it.

This study aimed to determine the prevalence of Acquired Language Alterations in patients hospitalized in the Internal Medicine service of a Sincelejo Clinic. The sample consisted of 40 patients assigned to the phonoaudiology service in the training practices of the University of Sucre from 2015 until the 1st period of the current year. It was found that 51.2% of the population belongs to the male gender, with ages between 71 and 80 years, with Expressive Disorders being the most prevalent with 52.5%. The highest frequency within the basic pathologies corresponded to the Cerebrovascular Event with 52.5% in the year 2017, year in which there was a greater number of patients with Acquired Language Disorders.

These data provide a detailed view of the communicative status of patients in adulthood who require the intervention of phonoaudiological services which are necessary in the hospital areas of clinics in the region.

KEYWORDS: Prevalence, Language, Disorders of acquired language.

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es la capacidad de representación de la realidad, es el medio que hace posible la comunicación. Es calificado como una forma de conocimiento, una capacidad específica de la mente humana para cuyo desarrollo se postulan procesos independientes de otros dominios cognitivos, es la función cerebral superior más importante del hombre, es una integración de componentes (función, contenido y forma). El lenguaje es funcional, en el sentido que sirve a las necesidades Comunicativas y a los contextos del entorno comunicativo¹.

Montecinos², plantea que se usa el lenguaje para hacer, para significar y para decir, partiendo de intenciones comunicativas y logrando un efecto en el otro. Por su parte, Berlo³, esboza que el lenguaje incluye un sinnúmero de símbolos significantes, y es un sistema que implica tanto los elementos como las estructuras, y como todo sistema, el lenguaje comprende un conjunto de símbolos (vocabulario) y los métodos significativos para combinar esas unidades (sintaxis).

La pérdida de esta función cognitiva genera serias alteraciones del lenguaje implicando diferentes grados de deterioro en el procesamiento cognitivo del lenguaje, lo que, a su vez, genera disímiles niveles de discapacidad para la comunicación verbal, constituyendo una desventaja importante para el paciente que padece cualquier tipo de trastorno lingüístico, porque afecta a su sistema de relaciones sociales, sobre todo a nivel familiar y comunitario, limitando su interacción con el medio y su adaptación a él. Esta situación, además de las dificultades emocionales que proporciona en el paciente, afecta a su capacidad de afrontamiento de las dificultades, la adaptación a su condición de discapacitado y todo ello a su calidad de vida.

¹ CHOMSKY, N. Lenguaje, sociedad y cognición. ed. Trillas. México, 1991

² MONTECINOS, J. Adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación: Una visión pragmática Constructivista centrada en contextos, .2000, N°7, p.54-66.

³ BERLO, D. K. The process of communication: An introduction to theory and practice. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1960.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ ha reconocido las alteraciones del oído, la audición y comunicación como comorbilidades intermedias dentro del grupo de las enfermedades crónicas, por su larga duración y lenta evolución; y sus prevalencias han sido consideradas como un problema de salud pública, debido a que cada día van en aumento y llevan a una discapacidad. Se destaca que solo un tercio de los países evalúa la capacidad de respuesta del sistema de vigilancia, comunica sus resultados y supervisa la implementación de medidas correctivas.

El sistema de salud de Colombia, se ha trazado como reto disminuir las prevalencias de las alteraciones del oído, de la audición, del lenguaje y comunicación y ejercer control sobre las mismas, a través de planes, programas, proyectos y estrategias, tendientes a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el control y comunicación de los riesgos, su seguimiento y evaluación, tal como se ha establecido en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, ya que la mayoría de dichas alteraciones son prevenibles en la medida en que se identifiquen y traten oportuna y adecuadamente. El objetivo es detener el progreso de la enfermedad y las complicaciones invalidantes y/o discapacitantes que deterioran la calidad de vida de la población⁵.

En Colombia para el período 2009 a 2014, se evidenció que 8.910.659 atenciones estuvieron relacionadas con alteraciones de la salud auditiva, del habla y del lenguaje. La mayor prevalencia de atenciones relacionadas con alteraciones del Lenguaje se presenta en los departamentos de Nariño, Sucre, Bogotá, Putumayo y Huila. La mayor frecuencia de atenciones relacionadas con alteraciones dl lenguaje se presenta en el grupo de primera infancia con un 40.6%, seguido por adultez con 26.7%.⁶ Llama la atención el importante porcentaje reportado en el adulto, posiblemente relacionado con condiciones laborales y el sedentarismo que

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Sordera y pérdida de audición. Nota descriptiva 300. Centro de prensa 2018. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>.

⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Convenio 15de 2015. Análisis de la situación de la salud auditiva y comunicativa en Colombia, Promoción y prevención de enfermedades no transmisibles. Santa Fe de Bogotá, D.C., 2016.

⁶ *Ibíd.*, 140-144

aumentan el riesgo de accidentes cerebrovasculares y de traumas craneoencefálicos.⁷

Además, se reportaron 88.762 atenciones relacionadas con disfasia y afasia, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 184.1 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Nariño y Sucre. En este último, atribuyen la presencia de dichas enfermedades con una alta frecuencia de eventos cerebrovasculares y un alto consumo de sodio, así como la alta frecuencia de hipertensión. De igual manera, posibles traumas y lesiones relacionadas con el uso de motos y hamacas.⁸

Según Omar⁹ la alteración de la capacidad del uso del lenguaje como resultado de la disrupción del procesamiento lingüístico que tiene lugar como secuela de la adquisición de un daño cerebral luego del desarrollo de las habilidades lingüísticas básicas, denominada afasia, constituye el trastorno del lenguaje grave más frecuente en presencia de daño cerebral focal. Esta alteración se presenta en el 21 al 38% de los pacientes que presentan una enfermedad cerebro-vascular, siendo esta última la enfermedad neurológica grave más frecuente a nivel mundial, afectando al 5% de la población mayor de 60 años.

A pesar del carácter discapacitante de los trastornos del lenguaje adquirido los estudios de prevalencia en dichas alteraciones son muy escasos, aun desde el programa de fonoaudiología de la Universidad de Sucre no se evidencian hasta la fecha investigaciones en relación a este tema. En los escenarios de práctica clínica se registra un gran número de pacientes adultos valorados por el servicio de fonoaudiología de la práctica formativa durante su instancia en la hospitalización, sin embargo, no se cuentan con datos epidemiológicos objetivos sobre la prevalencia de las alteraciones del lenguaje adquirido como es el caso de la Clínica

⁷ MARTÍNEZ, C. Estrés laboral: factor de riesgo de accidentes cardiovasculares). En: Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención, ISSN 1698-6881, Nº. 50, 2008, p. 14-22

⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Op. Cit. p. 143

⁹ OMAR, M. Erislandy; *et al.* Epidemiología de la afasia en Santiago de Cuba. En: Revista Neurología de Argentina, 2014, vol. 6, no. 2, p. 77-82.

las Peñitas S.A.S, reflejando una escasa conciencia de las limitaciones a las que se ven expuestos estos pacientes y el costo social y familiar que ello implica.

Lo anterior conllevó a plantearse el siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de alteraciones del lenguaje adquirido en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en el periodo 2015 a 2018 de una clínica de Sincelejo?

En aras de dar respuesta al interrogante se planteó como objetivo general determinar la prevalencia de alteraciones del lenguaje adquirido en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en el periodo 2015 a 2018 de una clínica de Sincelejo, para lo que se precisó el cumplimiento de los objetivos específicos: describir las características sociodemográfica de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna, determinar las alteraciones del lenguaje expresivo, caracterizar las alteraciones del lenguaje comprensivo e identificar la causa predisponente de las alteraciones del lenguaje en la población.

Con el desarrollo de esta investigación se buscó dar a conocer datos relevantes acerca de las alteraciones del lenguaje adquirido en pacientes hospitalizados del servicio de Medicina interna, aspectos que se consideran indispensables para la organización de futuras campañas de prevención y promoción, así como diagnósticos, tratamiento, y seguimiento oportuno de estas dificultades desde el quehacer fonoaudiológico que pueden verse reflejados desde las practicas formativas.

Este estudio se considera valioso en el ámbito investigativo, puesto que es el primero en abordar este tema dentro del programa de Fonoaudiología de la Universidad de Sucre, abriendo campo para futuras investigaciones.

1. MARCO DE REFERENCIA.

1.1 MARCO DE ANTECEDENTES

El estudio de las alteraciones del lenguaje ha sido ampliamente abordado por diferentes autores en población infantil, existiendo escasas investigaciones que aborden dicha temática en población adulta, en especial en lo que concierne a alteraciones del lenguaje adquirido, aspecto que se ve reflejado en los pocos antecedentes. De manera cronológica estos se organizan en orden internacional y nacional:

- El estudio realizado por Donoso y González¹⁰ en el año 2012, tuvo como objetivo principal describir los trastornos del lenguaje en el adulto a consecuencia de un daño cerebral. El estudio es una revisión de tema, evidenciándose que además de las afasias existen otros trastornos del lenguaje y el segundo, es que la evaluación del lenguaje es fundamental para el manejo y la rehabilitación del paciente.
- La investigación de González¹¹ en la Universidad de Chile en el año 2015, tuvo como objetivo describir las características epidemiológicas de los pacientes con trastorno de lenguaje adquirido post Accidente Cerebro Vascular ingresados al estudio poblacional PISCIS , estimar la incidencia de este trastorno en esa población y conocer el desenlace funcional a los seis meses de seguimiento; esta investigación se enmarca en el tipo de investigación cuantitativa, con diseño transversal y descriptivo. Los resultados sugieren que la afasia se

¹⁰ DONOSO, S. Archibaldo y GONZÁLEZ, V. Rafael. Trastornos del lenguaje en el adulto. En: Revista Chilena de Fonoaudiología, 2012, vol. 11, p. 7-21.

¹¹ GONZÁLEZ, C. Francisca. Incidencia, características epidemiológicas, y desenlace funcional de pacientes con ataque cerebrovascular y trastorno de lenguaje adquirido (afasia). Trabajo de grado para obtener título de magister en Salud Pública. Santiago-Chile: Universidad de Chile. Facultad de medicina. Escuela de Salud Pública, 2015.

presentó en un 19,7% de los pacientes con un primer ACV de tipo isquémico del estudio PISCIS, evidenciando la probabilidad de presentar un trastorno adquirido del lenguaje post ACV es alta, además, al estudiar los factores de riesgo en estos pacientes, destacó la HTA como el principal factor presente en este grupo, observando un 61,5%, confirmando lo expuesto en diversos estudios publicados en el cual se ha mencionado que la presencia de la afasia tiende a empeorar el pronóstico del paciente.

- Montfragüe *et al*¹² en su investigación titulada Prevalencia de las patologías del habla, del lenguaje y de la comunicación. Un estudio a lo largo del ciclo vital realizado en España, muestra que el mayor porcentaje de prevalencia asistencial se produce principalmente durante la infancia y adolescencia temprana, Igualmente observa que esta demanda asistencial desciende desde este momento hasta niveles muy notables en la edad adulta, donde repunta levemente en edades avanzadas. Por tanto, el perfil epidemiológico de la diversidad de patologías relacionadas con el habla, el lenguaje, la voz y/o la comunicación varía en función de la edad, estando sujeto a las exigencias escolares, familiares y socio-laborales que motivan la consulta. A partir de los 40 años y durante la senectud, la demanda asistencial se orienta casi exclusivamente hacia los *trastornos neuropsicológicos y/o afasias* como principal secuela del envejecimiento en la misma línea de los trabajos preliminares.
- Por su parte, Omar; *et al*¹³, en la ciudad de Cuba, tuvo como objetivo determinar los niveles de incidencia y prevalencia de afasia en el municipio Santiago de Cuba y caracterizar la población de pacientes afásicos, según edad, sexo, estatus laboral, tipo de afasia, etiología y fecha de adquisición del daño cerebral;

¹² MONTFRAGÜE, G.M, prevalencia de las patologías del habla del lenguaje y de la comunicación, un estudio a lo largo del ciclo vital, salamanca España. 2014.

¹³ OMAR, M. Erislandy; *et at*. Op. Cit. p. 77-82.

participaron todos los Pacientes con diagnóstico de afasia, identificados mediante revisión del registro de pacientes de las áreas de salud del municipio de Santiago de Cuba, los datos sociodemográficos fueron obtenidos mediante una revisión de historias clínicas. El estudio registró un total de 253 pacientes con diagnóstico de afasia por múltiples factores etiológicos, evidenciando una prevalencia de la enfermedad de 62,6 pacientes por cada 100.000 habitantes y una incidencia anual de 15,6 casos por 100.000 habitantes.

- Cinza; *et al*¹⁴, realizaron un estudio en Santiago de Compostela (España) en el año 2006, el cual tuvo como objetivo estudiar las características clínico epidemiológicas de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna. La investigación fue descriptivo trasversal, en el que se incluyeron los pacientes mayores de 65 años que fueron ingresados a lo largo del año 2002 en un Servicio de Medicina Interna, se incluyeron un total de 770 pacientes. La proporción entre sexos es similar, aunque las mujeres presentan mayor mediana de edad ($p < 0,001$). La patología más prevalente entre los antecedentes personales fue la Cardiopatía isquémico-hipertensiva (25,7%) y el 64,9% de los pacientes presentaron algún factor de riesgo cardiovascular. Los varones presentaban mayor número de factores de riesgo cardiovascular asociados y mayor número de patologías ($p < 0,01$ en ambos casos).
- Por otro lado, González y Armenteros¹⁵ en su estudio Sobre Alteraciones del lenguaje postaccidente vascular encefálico en el adulto mayor, el cual tuvo como objetivo conocer las alteraciones del lenguaje después de un evento cerebrovascular, evidenciaron que La totalidad de los pacientes afásicos presentó alteraciones en la comprensión, aunque predominaron las alteraciones motrices en cantidad de pacientes y en nivel de severidad. El 60% de éstos,

¹⁴ CINZA, S. A.*et al*. Análisis epidemiológico de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna. En: Revista Anales de medicina Interna, 2006. vol. 23 N° 9. p. 411-415.

¹⁵ GONZÁLEZ, M, Mercedes y ARMENTEROS H. Niurka Alteraciones del lenguaje postaccidente vascular encefálico en el adulto mayor. En Revista Medigraphic, 2006

asociados a alteraciones neuropsicológicas. El 20% presencia de parafasias verbales y literales en las emisiones logradas con técnicas de facilitación. El 20% con incapacidad total en la colocación voluntaria de las poses articulatorias para la emisión de los sonidos del lenguaje, asociado a apraxia constructiva. La afasia se comportó devastadora afectando severamente las relaciones interpersonales en el marco familiar y social ocasionando disminución en la calidad de vida del paciente geriátrico.

- En el contexto colombiano se destaca el estudio realizado por Bernal¹⁶, el cual tuvo como objetivo indagar acerca de qué y cómo se ha investigado en el pregrado de fonoaudiología en el área del lenguaje y la comunicación del adulto tanto en el ámbito de la normalidad como en los desórdenes. El estudio es documental de cohorte hermenéutico, con una muestra de 45 investigaciones, utilizando como instrumentos R.A.I y una hoja de registro; se observó que las investigaciones estuvieron dirigidas a poblaciones normales institucionalizadas como adolescentes o ancianos, estudiantes, profesionales o trabajadores sin desordenes establecidos, evidenciando que el desorden más estudiado es la afasia con un 28%.

¹⁶ BERNAL, S. Estado de la investigación fonoaudiológica en el arte del lenguaje y comunicación del adulto. En: Revista Areté, 2002. vol. 2, p. 41-50.

1.2 MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

1.2.1 Lenguaje. El lenguaje es un instrumento usado por el ser humano para comunicarse y pensar. Está representado en múltiples áreas del cerebro. Las lesiones cerebrales que afectan estas regiones pueden provocar alteraciones del lenguaje. Se define según varios autores:

Luria¹⁷, expone que lenguaje es un sistema de códigos con la ayuda de los cuales se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos. Esta definición la considero interesante dado a la importancia que le presta a los códigos para la delineación de objetos, ya sean concretos o abstractos, los cuales en gran medida nos ayudan a visualizar el mundo que nos rodea considerando nuestros preceptos socioculturales.

Por su parte, Bronckart¹⁸ define el lenguaje como la instancia o facultad que se invoca para explicar que todos los hombres hablan entre sí. Piaget¹⁹ lo define como una forma particular de la función simbólica; Según Vygotsky²⁰, plantea una evolución histórica del lenguaje indicando que los significados de las palabras sufren un proceso de transformación, mientras que Owens²¹ define al lenguaje como “Un código socialmente compartido, o un sistema convencional, que sirve para representar conceptos mediante la utilización de símbolos arbitrarios y de combinaciones de éstos, que están regidas por reglas.”

¹⁷ LURIA, Alexander. Conciencia y lenguaje. En conferencia I. El problema del lenguaje y la conciencia. Madrid: Visor. 1984. p. 11-28

¹⁸ BRONCKART, J. Razón y palabra, citado por RÍOS, H. Iván. El lenguaje: herramienta de reconstrucción del pensamiento. 2010. vol. 15 N° 72.

¹⁹ PIAGET, Jean. Seis estudios de psicología. En: el lenguaje y el pensamiento desde el Punto de vista genético. Barcelona: Labor, 1991. pp. 111- 124

²⁰ VYGOTSKY, L. Razón y palabra, citado por RÍOS, H. Iván. El lenguaje: herramienta de reconstrucción del pensamiento. 2010. vol. 15 N° 72.

²¹ OWENS, E. Robert. Desarrollo del lenguaje. 5ª.ed. Editorial Pearson educación, Madrid, España, 2003, p.70

La Asociación Americana de lenguaje hablado y oído (ASHA)²² menciona que “El lenguaje es un sistema complejo y dinámico de símbolos convencionales que se utiliza de diferentes maneras para el pensamiento y la comunicación. El lenguaje evoluciona dentro de contextos específicos, históricos, sociales y culturales. El lenguaje, como conducta regida por reglas, se describe al menos por cinco parámetros: fonológico, morfológico, sintáctico, semántico, pragmático”.

1.2.2 Bases neuronales del lenguaje. Las funciones cerebrales superiores tales como el lenguaje, son un sistema funcional que depende del trabajo integrado de todo un grupo de zonas corticales y subcorticales, cada una de las cuales aporta su propia contribución al resultado final. Los componentes principales del lenguaje se encuentran en el hemisferio dominante (izquierdo), en la zona perisilviana.²³

La dominancia para el lenguaje está relacionada a la lateralidad. Aproximadamente, el 95% de los diestros tiene localizado el lenguaje en el hemisferio izquierdo y sólo un 5% en el hemisferio derecho. En cambio, los zurdos, el 70% lo tiene representado en el hemisferio izquierdo, un 15% en el hemisferio derecho y un 15% en forma bilateral.²⁴

El sexo influye en la representación cerebral del lenguaje.²⁵ Las mujeres lo tienden a tener en forma bilateral. En cambio, en los hombres está más lateralizado a izquierda. La escolaridad es otra variable que determina la lateralización del lenguaje en las personas. Los sujetos diestros con mayor escolaridad tienen el lenguaje más lateralizado a izquierda. Por el contrario, los sujetos con baja escolaridad tienden a tener una representación bilateral del lenguaje; por lo tanto,

²² ASOCIACIÓN AMERICANA DEL LENGUAJE HABLADO Y OÍDO, Desarrollo del lenguaje, citado por, OWENS, E. Robert. 5ª.ed. Editorial Pearson educación, Madrid, España, 2003.p 90-102

²³ DONOSO. A; CHAPEY. R, Cerebro y Lenguaje, citados por, GONZÁLEZ, V. Rafael y HORNAUER-HUGUES. Andrea. En: Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 2014. vol. 25 N° 72. p. 143-153.

²⁴ibid., p. 143-153.

²⁵ GONZÁLEZ. R, Cerebro y Lenguaje, citado por, GONZÁLEZ, V. Rafael y HORNAUER-HUGUES. Andrea.. En: Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 2014. vol. 25 N° 72. p. 143-153.

la incidencia de alteraciones del lenguaje tipo afasia cruzada es mayor en estos sujetos.²⁶

La edad es otro aspecto que influye en la organización del lenguaje en el cerebro. Se ha planteado que al momento de nacer el lenguaje estaría representado en forma bilateral. Lo primero que se lateraliza a izquierda es la porción anterior, la que está relacionada con la expresión, y en etapas más tardías lo hace la región posterior, relacionada con la comprensión.²⁷

Para poder entender cómo los seres humanos adquieren el lenguaje es necesario conocer sus componentes, los cuales son fundamentales para la comunicación, ya que nos presentan las funciones y reglas que indicarán el correcto funcionamiento y uso del lenguaje, ya sea a nivel expresivo o comprensivo. Por esto, se debe considerar que, si uno de los componentes se ve alterado, puede perjudicar a uno o todos los componentes restantes, entre estos componentes²⁸ están:

- **Las neuronas** (soma y ramificaciones).
- **Nervios periféricos:** El sistema de nervios periféricos está formado por los pares craneales (olfatorio, óptico, facial, auditivo, entre otros) y los nervios espinales.
- **Sistema nervioso central:** El sistema nervioso central (SNC, neuraxis) incluye el cerebro (la sustancia gris y blanca de los hemisferios cerebrales, el tronco cerebral y el cerebelo) y la médula espinal. El cerebro pesa entre 1.250 y 1.400 gramos y se calcula que está formado por unos 15 billones de neuronas más las células gliales.

²⁶ ARDILA. A; ARDILA. A; OTROSKY. F, Cerebro y Lenguaje, Citado por, GONZÁLEZ, V. Rafael y HORNAUER-HUGUES. Andrea. En: Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 2014. vol. 25 N° 72. p. 143-153.

²⁷ DAVIS. A; CHAPEY. R, Cerebro y Lenguaje, Citado por, GONZÁLEZ, V. Rafael y HORNAUER-HUGUES. Andrea. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 2014, p. 143-153.

²⁸ HELM. N Estabrooks. ALBERT. M. Manual de la Afasia y de Terapia de la Afasia. 2 ed. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana. 2005 p. 4-16

- **Médula espinal:** La médula espinal discurre por la columna vertebral transportando impulsos nerviosos de la periferia al cerebro para su análisis posterior y del cerebro a la periferia para producir respuestas.
- **Tronco Cerebral:** El tronco cerebral se divide en tres segmentos: bulbo raquídeo, protuberancia anular y mesencéfalo.
- **Cerebelo:** El cerebelo es responsable de la integración o coordinación de los grupos musculares distribuidos por todo el cuerpo. Para funcionar de forma natural, la actividad motora debe fluir siguiendo un ritmo suave, regular, acompasado y coordinado; el cerebelo mantiene este ritmo.
- **Sustancia gris:** Dentro de los hemisferios cerebrales existen diversos conjuntos de cuerpos neuronales que constituyen la sustancia gris subcortical y que desempeñan una variedad de funciones sensoriales, motoras y de integración.
- **El tálamo,** Algunas zonas del tálamo participan en diversos procesos vinculados a la memoria. Como las funciones verbales dependen, en condiciones normales, de la actividad atencional y amnésica, las lesiones del tálamo se relacionan con síndromes afásicos. Estas lesiones, sobre todo en el hemisferio izquierdo, suelen ir ligadas a fluctuaciones de la atención y a problemas con la memoria verbal.
- **El sistema piramidal:** controla los movimientos voluntarios del cuerpo. Este sistema recibe información del tálamo sobre el estado del mundo externo y activa los músculos del cuerpo, permitiendo que una persona mueva diferentes partes de su cuerpo según su deseo de moverse o no.
- **El sistema extrapiramidal:** regula, modula, modifica, acelera o retrasa, y aumenta o reduce en amplitud la ejecución de la actividad motora voluntaria por lo tanto Una lesión en estas estructuras o en sus principales conexiones puede producir anomalías del control motor: p. ej., se observa bradicinesia (enlentecimiento del movimiento)
- **Sustancia blanca subcortical:** Una lesión en cualquier segmento de la sustancia blanca interrumpirá la transmisión de información de un hemisferio

hacia el otro, provocando la aparición de anormalidades en algunas funciones cognitivas como la lectura, la denominación o el control voluntario del movimiento.

- **Corteza:** La superficie externa (o lateral) del cerebro, que está recubierta por capas de células nerviosas (sustancia gris), recibe el nombre de corteza cerebral
- **Lóbulos Frontales** La función principal de los lóbulos frontales es el control voluntario de los movimientos de todo el cuerpo. Las lesiones en los sistemas piramidal o extrapiramidal pueden provocar trastornos del habla o del lenguaje.
- **Lóbulos Temporales** La función principal de los lóbulos temporales es la audición, es decir, el análisis de las señales auditivas. Esta región tiene la función de analizar los estímulos auditivos hasta que son comprensibles.
- **Lóbulos Parietales** La función principal de los lóbulos parietales consiste en la percepción y elaboración de sensaciones somestésicas. Una lesión en estas zonas puede producir pérdida de la sensación del tacto, un reconocimiento deteriorado del propio cuerpo (asomatognosia) y una pérdida de la capacidad de apreciar conceptos espaciales.
- **Lóbulos Occipitales** La función principal de los lóbulos occipitales se relaciona con la visión y le da sentido a la información dentro del sistema visual la cual debe ser analizada más profundamente, elaborada y conectada con estímulos procedentes de otras regiones del cerebro, así como de los sistemas de memoria.

La zona del lenguaje fue definida por Déjerine²⁹ como la región del hemisferio izquierdo responsable del lenguaje. Localizada dentro de la distribución de la arteria cerebral media, la zona del lenguaje rodea la cisura de Silvio en la superficie lateral del hemisferio, incluyendo regiones de los lóbulos frontal, parietal y temporal.

²⁹ Ibid., p. 4-16

1.2.3 Lenguaje expresivo. Es la realización de una serie de actos motores, mediante los cuales se es capaz de pronunciar y escribir palabras que tengan un significado. La manera de hablar depende por supuesto de las características anatómicas de los órganos fono- articulatorias, pero también de las circunstancias ambientales y de la propia psicología.

Las zonas cerebrales donde este se localiza o desarrolla el lenguaje expresivo es el Área de Broca, la cual se localiza en el lóbulo frontal izquierdo, al pie de la tercera circunvolución. Según el mapa de Brodmann corresponde a las áreas 44 (pars opercularis) y 45 (pars triangularis) Las funciones de estas áreas son: la formulación verbal (morfosintaxis) que corresponde a la expresión y comprensión se estructuras sintácticas, cumple un rol de procesamiento de verbos, participa en la planificación y programación motora para la articulación del habla.³⁰

De acuerdo con Cordero³¹ “el lenguaje expresivo o motor es un proceso complejo que comprende la pronunciación, supone una actividad motora precisa y una organización serial bien establecido, así como la retención de un esquema general de la frase u oración. Por lo cual intervienen varias áreas del encéfalo.

La capacidad de hablar requiere de diversas habilidades, primero, la persona debe tener algo de qué hablar, por ejemplo, puede hablarse de algo que pasa actualmente o de algo que ya pasó. En el primer caso se está hablando de las percepciones y en segundo caso se habla de los recuerdos. Tanto en las percepciones como en los sucesos pasados se involucran la participación de los mecanismos cerebrales de la parte posterior de los hemisferios cerebrales (los lóbulos occipital, parietal y temporal). Para que las percepciones, recuerdos y

³⁰ GONZÁLEZ. R; CHAPEY. R; ARDILA. A, Cerebro y Lenguaje, Citado por, GONZÁLEZ, V. Rafael y HORNAUER-HUGUES. Andrea, Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 2014. p. 143-153.

³¹ CORDERO, Abigail. Lenguaje expresivo. Citado por, CHIQUILLO R, Katherine y GAZABON CASTILLA, Lady. Estimulación del lenguaje expresivo y comprensivo en la etapa inicial de los niños y niñas de 2 a 3 años del grado párvulo. Trabajo de grado para obtener título de licenciada en pedagogía infantil. Cartagena- Colombia: Corporación Universitaria Rafael Núñez, Facultad ciencias Sociales y humanas. 2013 p 20.

procedimientos se conviertan en habla se requiere la participación de mecanismos nerviosos localizados en los lóbulos frontales.

1.2.4 Lenguaje comprensivo. El lenguaje comprensivo permite entender las palabras habladas o escritas en la que participa su área específica en el cerebro. El área encargada es denominada Wernicke, esta se localiza en el lóbulo temporal izquierdo en la primera circunvolución temporal posterior, específicamente en las AB 22 y 42; también formarían parte de esta área, la circunvolución supramarginal y angular. Las funciones de estas áreas son la comprensión auditiva y el procesamiento de la selección del léxico (eje paradigmático).³²

En el lenguaje normal se distinguen el contenido, la forma y el uso. El contenido se refiere a los conceptos, al pensamiento que se traduce en lenguaje expresivo o que se deduce al escuchar al interlocutor. Se puede alterar en psicosis lúcidas como la esquizofrenia (con trastornos del curso formal del pensamiento), en estados de confusión mental y en demencias. La forma se refiere a los niveles fonémico, morfosintáctico y léxico, a la correcta selección de fonemas, morfemas, grafemas y al uso de las reglas de combinación. En los sujetos diestros depende especialmente de las áreas perisilvianas izquierdas. Los fonemas, a nivel segmentario, son partículas que pueden hacer cambiar el significado de una palabra. Por ejemplo /m/ y /p/ son fonemas porque si en la palabra /mesa/ el primer fonema se cambia por /p/ cambia el significado de la palabra. El nivel suprasegmentario de los fonemas se refiere a la prosodia, a la melodía de las frases.

El uso del lenguaje se refiere al respeto a las reglas del diálogo: la alternancia en los roles de emisor y receptor, considerando el contexto (suponer lo que sabe el otro) para ser más o menos explícitos, el intentar que el mensaje sea recibido dirigiéndonos al interlocutor en forma adecuada (no es lo mismo una autoridad que un compañero de curso). Este uso del lenguaje (o pragmática) puede alterarse por

³² GONZÁLEZ. R; ARDILA. A, Citado por, GONZÁLEZ, V. Rafael y HORNAUER-HUGUES. Andrea. Cerebro y Lenguaje. En: Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 2014. p. 143-153.

lesiones del hemisferio derecho, cuando la negligencia unilateral hace que el paciente se dirija hacia un costado y no al examinador; en un delirio agudo cuando el paciente imagina que el examinador es un familiar; en los síndromes prefrontales.³³

1.2.5 Trastornos del lenguaje. Los trastornos lingüísticos en el adulto se caracterizan por la desintegración en mayor o menor grado de los aspectos comprensivos y/o expresivos del lenguaje. Se pueden manifestar diferentes tipos de alteraciones como consecuencia del daño de las áreas y tractos tanto corticales como subcorticales que participan en el sistema funcional del lenguaje. A nivel del lenguaje oral se encuentran alteraciones en el lenguaje expresivo y comprensivo las cuales pueden estar influidas por la ineficiencia fisiológica o por la alteración de la cognición, deterioro cerebral (edad) y cuando existe una lesión local en las áreas cerebrales que son las responsables principales de la comprensión y producción del lenguaje³⁴.

1.2.5.1 Trastornos del lenguaje expresivo. La característica esencial de este trastorno es una deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo que pueden aparecer en la comunicación implicada tanto en el lenguaje verbal como en el lenguaje gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren los rendimientos académicos o laborales o bien la comunicación social.

Las características lingüísticas del trastorno varían en función de su gravedad y de la edad de la persona. Estas características incluyen un habla limitada cuantitativamente, una gama reducida de vocabulario, dificultad para la adquisición de palabras nuevas, errores de vocabulario o de evocación de palabras, frases excesivamente cortas, estructuras gramaticales simplificadas, limitación de las

³³ DONOSO, S. Archibaldo y GONZÁLEZ, V. Rafael. Op. Cit., p 8-9

³⁴ JIMENEZ, H. María. La Afasia: clasificación y descripción. En: revista digital innovación y experiencias educativas, 2011, No 48, p. 1-19

variedades de las estructuras gramaticales (p. ej., formas del verbo), limitación de las variedades de tipos de frases (p. ej., imperativos, interrogantes), omisiones de partes críticas de las oraciones, utilización de un orden inusual de palabras y enlentecimiento en el desarrollo del lenguaje. El funcionamiento no lingüístico y las habilidades de comprensión del lenguaje están situados habitualmente dentro de los límites normales.

El trastorno del lenguaje expresivo puede ser adquirido o evolutivo. En el tipo adquirido se produce una insuficiencia del lenguaje expresivo tras un período de desarrollo normal a consecuencia de una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis, traumatismo craneal, irradiación). En el tipo evolutivo existe una alteración del lenguaje expresivo que no está asociada a lesión neurológica alguna de origen desconocido.³⁵

En el área de Broca existen subunidades que tienen a su cargo el control de la articulación y de la prosodia. Por este motivo las lesiones del área de Broca pueden causar apraxia del habla (antes llamada disartria cortical) y pérdida de prosodia. Trabajos de la última década han demostrado que las lesiones de la corteza insular anterior izquierda son responsables de la apraxia del habla³⁶.

Otra subunidad del área de Broca es el sustrato de la gramática, de las reglas de combinación que constituyen la morfosintaxis. Las características lingüísticas en el adulto registradas en su mayoría en este tipo de trastorno son un habla lentificada y fatigada, donde se pueden observar latencias o anomias y la dificultad en la denominación. Así mismo, se destacan las reducciones (supresión total del lenguaje, estereotipias y automatismos) y las deformaciones (pafafasias, neologismos, jergafasia, perseveraciones, ecolalia, agramatismo y disintaxis)³⁷. En cuanto las dificultades articulatorias se resaltan la anatria, en las alteraciones de

³⁵ MOLINA. V. Montserrat. Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación. Universidad autónoma de Barcelona. BIENI 07-08.

³⁶ *Ibíd.*, p. 4-6

³⁷ *Ibíd.*, p. 6

melodía del lenguaje es común encontrar la disprosodia a continuación se darán algunos conceptos de las características comunes en los trastornos del lenguaje expresivo:

- **Anomias o Latencias:** el término anomia se utiliza a menudo para describir los problemas en la evocación de palabras. Estos obstáculos para recuperar palabras abarcan desde una dificultad moderada para producir las palabras deseadas en una conversación a una incapacidad para producir palabras bajo cualquier condición, incluyendo las respuestas a los tests de denominación que trabajan directamente con etiquetas concretas para objetos familiares³⁸.

- **Parafasias verbales:** Una 'parafasia verbal morfémica se refiere a una palabra inapropiada que, sin embargo, se ha construido utilizando morfemas que pertenecen al inventario del lenguaje (p. ej., nochemento). La palabra resultante puede ser aceptable desde el punto de vista del lenguaje, pero inaceptable en su contexto³⁹.

- **Jergafasia:** Es un término descriptivo para referirse a un lenguaje fluido, bien articulado, pero sin ningún significado desde el punto de vista del oyente. La ausencia de significado es un resultado de la cantidad significativa de parafasias y neologismos. Se han distinguido distintos tipos de jergas: jerga fonológica, jerga semántica, y jerga neológica. Sin embargo, los tres tipos de jerga generalmente aparecen simultáneamente, aunque uno de ellos puede predominar. La jerga neológica y semántica ocasionalmente puede confundirse con un lenguaje psicótico⁴⁰.

³⁸ HELM. Op. cit., p 57.

³⁹ARDILA, A. Neuropsicología del Lenguaje. "lugar de publicación desconocido" p, 113-114, [Documento consecutivo en línea]: <https://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/2008-ardila-neuropsicologia-del-lenguaje1.pdf>

⁴⁰ Ibid., p,114

- **Perseveraciones:** Las perseveraciones consisten en la utilización repetitiva de elementos del lenguaje que el paciente acaba de emitir. Las emisiones perseverantes implicarían la persistencia activa de un circuito funcional como consecuencia de la dificultad de los mecanismos neuronales para desactivar dicho circuito tras producirse la activación⁴¹.

- **Ecolalia:** El fenómeno de la ecolalia consiste en que, cuando el paciente intenta responder a su interlocutor, repite la última o las últimas palabras que se le han dirigido. Se observa en casos con grave reducción del lenguaje espontáneo, y traduciría una alteración de los esquemas del lenguaje interior, por lo cual los mecanismos neurolingüísticos del paciente tenderían a reproducir los esquemas de lenguaje suministrados por el interlocutor⁴².

- **Circunloquios** (o perífrasis): Es la utilización de muchas palabras para expresar algo que hubiera podido decirse con una sola o muy pocas. En clínica, aparecen en situaciones en las que el paciente presenta dificultades para evocar palabras; en lugar de la palabra buscada, da su definición o un rodeo explicativo⁴³.

- **Automatismos:** Son elementos de lenguaje automático o expresiones emocionales de uso común en la vida corriente que, en los casos de reducción grave del lenguaje, pueden constituir la mayor parte de las producciones habladas del paciente afásico, si no las únicas posibles. Estas emisiones están bien articuladas, en marcado contraste con la incapacidad del paciente para articular otros elementos hablados⁴⁴.

⁴¹ VENDRELL. Josep M. Las afasias: semiología y tipos clínicos, publicado En: Revista de Neurología, Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Cruz. Barcelona, España. 2001, p 982

⁴² Ibid., p 982

⁴³ Ibid, p,984

⁴⁴ Ibid, p,985

- **Estereotipias:** Producción verbal en forma de conjuntos de fonemas, elementos silábicos, palabras o conjuntos de palabras que el paciente emite repetidamente cuando intenta articular el lenguaje. Esta producción verbal puede tener o no significado en sí misma, pero su emisión es independiente de la intención ideica y aparece repetitivamente siempre que se produce cualquier tentativa de verbalización⁴⁵.
- **Reducción del lenguaje:** El dato semiológico más patente de la reducción del lenguaje consiste en la supresión total del mismo. El paciente no es capaz de emitir ningún sonido articulado, o solamente puede producir algunos sonidos indiferenciados. La supresión total del lenguaje no suele ser un fenómeno absoluto, aunque sí puede observarse en las fases iniciales de la afasia⁴⁶.
- **Disprosodia:** Hace referencia a disfluencia o dificultad en el flujo normal del habla. Los sujetos no suelen ser conscientes de las características de su habla. Entre los principales tipos tenemos: Taquilalia: aceleración silábica dentro de la palabra y taquifemia: alta velocidad en la emisión general del habla. Bradilalia: lentitud en la emisión del habla⁴⁷.

1.2.5.2 Trastorno del lenguaje comprensivo. Algunos signos que evidencian el posible desarrollo de un trastorno del lenguaje son, parecer desinteresado a menudo cuando las personas hablan, dificultades para seguir ciertas instrucciones o le cuesta bastante entender lo que se le dice, pregunta o lo que está escrito.⁴⁸ El área de Wernicke no solo es importante para el lenguaje expresivo si no mayormente para la comprensión del lenguaje. Con respecto al lenguaje expresivo permite la selección de los morfemas básicos (la selección de los fonemas dependería principalmente de la circunvolución supramarginal). Constituye,

⁴⁵ Ibid, p, 985

⁴⁶ Ibid., p 881

⁴⁷ JIMÉNEZ R. Jorge. Atención psicoeducativa en las dificultades del lenguaje oral [diapositivas] Universidad de Granada. 8 diapositivas. Color

⁴⁸VICENTE, Mario. Trastornos del lenguaje ¿Qué son, tipos y cómo se diagnostican y tratan?, [Blog]: Salud, Cerebro & Neurociencia, 2017.

además, una conexión indispensable entre las áreas auditivas y el resto del cerebro, a través de las circunvoluciones angular y supramarginal.

La circunvolución supramarginal, junto al fascículo arcuato, es un área decisiva en el procesamiento fonológico. Esto explica que las personas en el área de Wernicke tengan en su lenguaje expresivo parafasias fonémicas, semánticas o de otros tipos, y que presenten defectos en la comprensión auditiva⁴⁹.

Los trastornos del lenguaje comprensivo pueden deberse a alteraciones de diferentes factores lingüísticos como son el fonológico, sintáctico y semántico – léxico; se resalta la dificultad para evocar sustantivos, la comprensión verbal deficiente, ya sea que se trate de discriminar estructuras gramaticales, palabras aisladas o, en menor medida, fonemas⁵⁰.

De manera general, podríamos decir que esquemáticamente deben tenerse en cuenta dos niveles en la exploración de la comprensión del lenguaje en los pacientes afásicos:

– Nivel sensorial. Se trata de valorar el rendimiento del paciente desde el punto de vista de la agnosia auditiva y la integración auditiva de los fonemas. Un trastorno en esta esfera ocasionará predominantemente déficit para la integración de la estructura fonémica que se traducirá en parafasias, neologismos y lenguaje de jerga.

– Nivel semántico. Se trata de la exploración del aspecto psicolingüístico propiamente dicho: comprensión de las diversas estructuras sintáctico-gramaticales, conjuntos de frases con instrucciones yuxtapuestas, expresiones complejas de comparación, caso genitivo, etc. Un trastorno en esta esfera se manifestará predominantemente con alteraciones disintácticas del lenguaje.⁵¹

⁴⁹ MOLINA. V. Montserrat, Op. Cit., p. 6-7

⁵⁰ *Ibid.*, p. 7

⁵¹ VENDRELL, Op cit., p.982

Dentro de las características más comunes en trastornos comprensivos tenemos:

Las parafasias fonológica y semánticas: las cuales pueden resultar de una secuencia inadecuada de los fonemas. Este tipo de parafasia se denomina parafasia 'literal', 'fonémica' o 'fonológica'. Los errores fonológicos pueden deberse a omisiones, adiciones, desplazamientos o sustituciones de fonemas. Una 'parafasia verbal formal' es una transformación en la cual la palabra sustituyente y la palabra sustituida son similares en términos de su forma, no de su significado (cajetilla carretilla). Una 'parafasia verbal semántica' se refiere a una transformación en la cual las palabras sustituyente y sustituida guardan una relación semántica (por ejemplo, mesa silla). Las parafasias verbales semánticas pueden corresponder a uno de los siguientes grupos:

- a) La palabra sustituyente y la palabra sustituida pertenecen a un mismo campo semántico (león tigre).
- b) Son palabras antónimas (grande pequeño)
- c) La palabra es remplazada por una palabra super ordenada (león animal), de hecho, los pacientes afásicos frecuentemente recurren a palabras de un alto nivel de generalidad, pero con un contenido bajo (por ejemplo, 'cosa').
- d) Existe una proximidad ambiental entre la palabra sustituyente y la palabra sustituida (cigarrillos fósforos).

Además de estos tres tipos de parafasias verbales, en ocasiones los pacientes pueden introducir palabras que dentro del contexto actual no parecen relacionarse fonológica o semánticamente con la palabra requerida.⁵²

Neologismos: Es una forma fonológica en la cual es imposible recuperar algunos elementos del vocabulario que supuestamente tuvo el paciente antes del comienzo de su enfermedad. En otras palabras, es imposible identificar la palabra que supuestamente se intentaba producir. Casi siempre es posible identificar la

⁵² ARDILA Op. Cit. p, 113-114,

categoría gramatical partiendo de su posición y sus inflexiones. Un neologismo puede deberse a un doble error: una unidad lexical incorrectamente seleccionada que se distorsiona fonológicamente antes de que logre su realización oral⁵³.

Dificultad de comprensión de palabras y oraciones: las personas presentan un deterioro en la capacidad para nombrar y realizar acciones. las áreas neuronales encargadas, debido a su alteración no le permiten el acceso al significado de las palabras nombradas.

1.2.5.3 Trastorno mixto del lenguaje (expresivo- receptivo). La característica esencial del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo es una alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo verificada por las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, que se sitúan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Las dificultades pueden darse en comunicaciones que impliquen tanto el lenguaje verbal como el lenguaje gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social, y los síntomas no cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Un sujeto afectado por este trastorno experimenta las dificultades asociadas a un trastorno del lenguaje expresivo (p. ej., un vocabulario sensiblemente limitado, errores en los tiempos verbales, dificultad para recordar palabras o producir frases de longitud o complejidad propias de su edad evolutiva, dificultad general para expresar ideas) y también experimenta problemas en el desarrollo del lenguaje

⁵³ *Ibíd.* p,114

receptivo (p. ej., dificultad para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras). En los casos leves pueden observarse dificultades sólo para comprender tipos particulares de palabras (p. ej., términos espaciales) o frases (p. ej., frases complejas del tipo «si-entonces»).

En los casos más graves cabe observar alteraciones múltiples, que incluyen la incapacidad para comprender el vocabulario básico o frases simples, así como déficit en distintas áreas del procesamiento auditivo (p. ej., discriminación de sonidos, asociación de sonidos y símbolos, almacenamiento, rememoración y secuenciación). Puesto que el desarrollo del lenguaje expresivo en la infancia descansa en la adquisición de habilidades receptivas, virtualmente nunca se observa un trastorno puro del lenguaje receptivo (análogo a una afasia de Wernicke en los adultos).

El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo puede ser adquirido o evolutivo. En el tipo adquirido se produce una afectación del lenguaje receptivo y expresivo tras un período de desarrollo normal a consecuencia de una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis, traumatismo craneal, irradiación). En el tipo evolutivo existe una alteración del lenguaje receptivo y expresivo que no está asociada a afectación neurológica alguna de origen conocido. Este tipo se caracteriza por un ritmo lento del desarrollo del lenguaje donde el habla puede iniciarse tardíamente y avanzar con lentitud a través de los sucesivos estadios del desarrollo del lenguaje⁵⁴.

⁵⁴ MOLINA. Op. cit, p.9-10

1.2.6 Etiología de trastornos expresivos y comprensivos. Los trastornos del lenguaje pueden deberse al resultado de una lesión cerebral, pero esta también puede deberse a varias causas, se destacan las siguientes, al ser las más comunes:

- **Traumatismo cráneo-encefálico**, que es aquella lesión cuya causa primaria es externa como por ejemplo un golpe.
- **Ictus o Accidente cerebro – vascular**, que aparece cuando se disminuye o interrumpe el aporte de sangre al cerebro comprometiendo la oxigenación de las células cerebrales debido a embolias, trombosis, hemorragias cerebrales, entre otros que a su vez puede ser causa de hipertensión, enfermedades coronarias Diabetes, tabaquismo, abuso de alcohol consumo de drogas, alimentación desequilibrada. Etc.
- **Enfermedades degenerativas** que van desarrollando un deterioro progresivo de las capacidades (Alzheimer) esta causa es frecuente por la edad.
- **Tumores cerebrales.** Cuando un tumor crece, comprime las estructuras adyacentes y también puede infiltrar y destruir los tejidos dando lugar a una obstrucción de la circulación sanguínea.
- Enfermedades infecciosas del cerebro, como la encefalitis o los abscesos cerebrales
- **Envejecimiento (edad):** Es el predictor más importante. 5% de 55 a 59 años, casi 25% de 80 a 84 años. La proporción de muertes se incrementó con la edad, 88% entre gente mayor de 65 años, en menores de 45 años es menor, menos de 10 muertes por 100,000 habitantes⁶.

De las causas brevemente expuestas anteriormente existen dos que son necesarias ampliar, por su relación directa con la presente investigación. Las cuáles serán definidas a continuación:

Eventos Cerebrovasculares⁵⁵: Se calcula que los accidentes cerebrovasculares (ECV, «ictus» o ataque cerebral) pueden causar la mitad de los casos de afasia (las lesiones cerebrales traumáticas producen alrededor de un tercio, mientras que los tumores, las enfermedades neurodegenerativas y las infecciones del sistema nervioso central, se encuentran entre el resto de causas). En Estados Unidos, gracias a un control de la hipertensión y a formas de vida más saludables, ha descendido la incidencia de ECV; sin embargo, ha aumentado la cifra de afasias causadas por traumatismos cerebrales, lo que ha provocado un incremento de ésta en adolescentes y adultos jóvenes. Aproximadamente, el 20% de personas que padecen ictus sufren algún trastorno del lenguaje. Teniendo en cuenta que cada año se producen alrededor de 500.000 nuevos ataques de ictus en los Estados Unidos, cada año se originan cerca de 100.000 nuevos casos de afasia en dicho país tan sólo a causa de los ECV.

Un ECV comienza con un súbito déficit neurológico debido a una brusca interrupción del flujo en los vasos sanguíneos del cerebro, causado generalmente por la oclusión o la rotura de éstos. La rotura de un vaso sanguíneo produce una hemorragia o acumulación de sangre dentro o alrededor del cerebro. Las causas más comunes son la hipertensión, la rotura de un aneurisma o malformación vascular, o ciertas entidades médicas, como una leucemia o un régimen de fármacos anticoagulantes.

La oclusión de un vaso sanguíneo produce isquemia (reducción del oxígeno), que puede ser temporal, como en un ataque isquémico transitorio (AIT), donde se produce un déficit neurológico agudo de etiología vascular que dura menos de 24 horas. La isquemia también puede causar un déficit permanente debido a un infarto (destrucción) del tejido cerebral. El infarto isquémico cerebral normalmente se produce por la oclusión de un vaso sanguíneo debido a trombosis (progresivo estrechamiento y oclusión posterior de un vaso sanguíneo en una región localizada, debido principalmente a la arterosclerosis) o a embolia (un coágulo que se desprende de un vaso sanguíneo en una zona del sistema arterial y que viaja por el

⁵⁵ HELM, N. Op. cit, p. 35-37

torrente sanguíneo hasta llegar a una zona más estrecha del sistema arterial, alojándose allí de forma temporal o permanente). Otras causas de la oclusión pueden ser la vasculitis (inflamación de los vasos sanguíneos) o la invasión de un vaso sanguíneo por un tumor.

Uno de los factores que pueden impedir la recuperación de una afasia es la presencia de lesiones cerebrales adicionales en el hemisferio no-dominante. Con frecuencia, las personas con hipertensión desarrollarán infartos lacunares: pequeñas áreas de infarto (menores de 2 cm) que se producen por la oclusión de pequeñas arterias debida a cambios en sus paredes, causados por un aumento de la presión sanguínea.

Estas lagunas, como se las denomina, son con frecuencia bilaterales y suelen localizarse en regiones profundas de la sustancia blanca periventricular del lóbulo frontal o en la sustancia gris subcortical (ganglios basales o tálamo). Un estado lacunar se produce por la acumulación de múltiples pequeños infartos lacunares subcorticales. En su forma más grave, el estado lacunar se manifiesta por rigidez del cuerpo, con marcha lenta, arrastrando los pies y con un movimiento hacia atrás en los giros; a esto se añade una debilidad de los músculos orofaríngeos (parálisis pseudobulbar) con babeo, dificultad para tragar, disartria y un síndrome conductual peculiar, denominado labilidad emocional, donde se produce una disociación entre el sentimiento emotivo (es decir, la experiencia personal e interior de la disposición de ánimo y de la afectividad) y su expresión (es decir, su manifestación externa).

Las expresiones faciales y las actitudes corporales de felicidad o, con más frecuencia, de aflicción, aparecen y sin control del paciente y sin que sean expresión de su estado emocional. Podría resultar imposible identificar si el enfermo ríe o llora, lo que habitualmente conocemos como «risa o llanto patológicos».

Un porcentaje importante de estos nuevos pacientes afásicos sufrirá otro ataque cardíaco (o quizás su primer ataque), muchas veces fatal, en los cinco años siguientes al ECV que produjo la afasia. Este dato es especialmente cierto si el

paciente es diabético, porque uno de los efectos de la diabetes consiste en la aceleración de los procesos de aterosclerosis. Un sujeto obeso, diabético e hipertenso que no practique ningún ejercicio posee un altísimo riesgo de ECV o de ataque cardíaco. El tabaco complica el problema, porque puede estrechar los vasos sanguíneos y, por sí sólo, contribuir a la aparición de un trastorno cerebrovascular o cardiovascular. Algunos logopedas pueden pensar que no entra en el dominio de sus responsabilidades avisar a las personas con afasia de las consecuencias médicas; aunque esta reticencia es comprensible, hay que entender que tratar una afasia significa tratar a la persona por completo, y no sólo su trastorno específico.

Trastornos del lenguaje asociado a la edad: Un estudio publicado por la Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología en el año 2009 acerca del envejecimiento, deterioro cognitivo y lenguaje, plasmó ciertos hallazgos acerca de los cambios en el procesamiento del lenguaje, asociados a la edad, aludiendo a que existen evidencias crecientes en torno a un efecto diferencial de la edad para determinadas funciones lingüísticas.

En las personas mayores los cambios en el lenguaje asociados a la edad corresponden a: a) un desarrollo en áreas relacionadas a una mayor experiencia y conocimiento verbal y b) un declive en áreas de producción léxica de procesamiento sintáctico y de organización del discurso asociado a la reducción en los recursos de procesamiento. En el deterioro cognitivo leve, el declive en procesos léxicos se encontraría agudizado, si bien la literatura no informa de cambios en áreas como el procesamiento sintáctico. Sí parece existir evidencia suficiente de que diferentes procesos lingüísticos —fluidez verbal, densidad proposicional, complejidad gramatical— se encuentran más deterioradas en aquellas personas mayores con Déficit Cognitivo Leve que finalmente desarrollan demencia⁵⁶

En proceso de envejecimiento se produce un deterioro de la comunicación y del lenguaje, causado no solo por deterioros perceptivo-motrices, sino por alteraciones

⁵⁶ FACAL David. Envejecimiento, deterioro cognitivo y lenguaje. En: Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología 2009, Vol. 29. no 1,4-12. p. 15-17

que tienen efectos sobre los procesos propiamente lingüísticos. (fonológico, morfológico, sintáctico y semántico) y mecanismos lingüísticos (comprensión, repetición, acceso al léxico' y construcción de frases)⁵⁷.

1.2.7 Epidemiología de los trastornos del lenguaje en adultos. Los trastornos pueden deberse a diversas causas o etiologías tales como: accidentes cerebro vasculares (ECV), traumatismos craneoencefálicos, tumores, enfermedades degenerativas o infecciosas, entre otras. En lo que se refiere a la alteración de la expresión y/o comprensión se dice que la afasia es la más común en pacientes adultos y esta se produce de un 21% a 38% de las personas con ACV.

Un estudio realizado sobre la Prevalencia y factores asociados de la discapacidad moderada y severa en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda y fibrilación auricular en un hospital universitario de Bogotá muestran que la enfermedad cerebrovascular isquémica (ECVi) es una de las principales causas de discapacidad severa y muerte en el mundo. La atención de estos pacientes incrementa los costos tanto para la economía familiar como para el sistema general de salud.⁵⁸.

A pesar de que no hay muchos estudios acerca de la prevalencia de trastornos del lenguaje en adultos, existe un amplio historial de patologías asociadas a dichos trastornos, que de manera indirecta causan dificultades en el lenguaje del adulto por lo tanto si la tasa de prevalencia de estas patologías aumenta, el porcentaje de presentar dificultad para el lenguaje en nuestra población adulta será muy significativa en la mayoría de pacientes adscritos a medicina interna de los hospitales y clínicas de nuestro país.

⁵⁷ JUNCO, Onésimo. Problemas del lenguaje y la tercera edad. En: Orientaciones y perspectivas de la logopedia. 2002 p.389,390.

⁵⁸ ROA, Luis. Prevalencia y factores asociados de la discapacidad moderada y severa en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda y fibrilación auricular en un hospital universitario de Bogotá. En: Revista acta Neurológica de Colombia. oct, 2015, vol.31 no.4., p. 397

1.2.8 Evaluación de los trastornos del lenguaje en el adulto. Se ha señalado que Broca evaluó a sus pacientes mediante preguntas efectuadas a través de la conversación, así como mediante el estudio de los movimientos de la lengua, la escritura y la capacidad de cálculo aritmético. Además, describió sus gestos. En 1926, el neurólogo británico Henry Head (1861-1940) publicó la primera evaluación sistemática de la afasia en lengua inglesa. Esta evaluación no fue estandarizada y contenía algunos ítems que eran difíciles incluso para las personas normales. Hoy en día, los neurólogos evalúan generalmente las alteraciones del lenguaje y como parte de la exploración del estado mental y de las funciones cerebrales superiores, que forman parte de la exploración neuro- lógica tradicional. La evaluación del estado mental permite analizar las funciones principales del sistema nervioso en su totalidad, y también facilita la lateralización y la localización de la disfunción en los casos en los que existen.

Los logopedas y los psicólogos han mostrado una preocupación mayor por el desarrollo de tests de la afasia que permitan determinar con precisión el comportamiento relativo al lenguaje en condiciones estandarizadas, en comparación con el diseño de tests que puedan predecir y confirmar la existencia de posibles lesiones o bien que permitan verificar la validez de los modelos clásicos de los mecanismos neurológicos del lenguaje. La evaluación se lleva a cabo para facilitar la planificación del alta y el tratamiento del paciente.

Posiblemente, el logopeda sea el miembro de mayor importancia en el equipo de rehabilitación que atiende a un paciente que sufre con limitaciones significativas del lenguaje. Existen numerosos libros, artículos, sitios web y programas terapéuticos dedicados al tratamiento del lenguaje en los pacientes con trastornos del lenguaje.⁵⁹

⁵⁹ Webb, G Wanda. y Adler K. Richard. Neurología para el logopeda, 5ta ed. Barcelona, 2010, p.244-24

es por esto que solo mencionaremos las pruebas estandarizadas más comunes para la evaluación y diagnóstico de los trastornos del lenguaje en el adulto.

- Test de Boston para el diagnóstico de la afasia (Goodglass, H. y Kaplan, E., 1972; Albea, J. E y Sánchez, B., 1986).
- Test de Minnesota para el diagnóstico diferencial de las afasias (Schuell, 1953, 1973)
- Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos (Beta) Fernando Cuetos Vega y María González-Nosti. Ed. EOS. 2009.

El test de Boston presenta un modelo abreviado el cual puede ser utilizado para la realización de un tamiz de alteraciones del lenguaje en el adulto, puesto que evalúa aspectos relevantes como, habla de conversación y exposición, comprensión auditiva, denominación, expresión oral comprensión del lenguaje escrito y escritura.

la versión original consta de 60 figuras de objetos, a denominar por orden creciente de dificultad es una de las pruebas más ampliamente utilizadas para la evaluación de las habilidades de denominación en personas mayores y en pacientes con demencia.

2. METODOLOGÍA

Esta investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo de cohorte transversal de tipo descriptivo retrospectivo, ya que para la revisión de los datos se tuvo en cuenta los registros desde el año 2015 hasta el primer semestre del año 2018 y además se reseñaron las características o rasgos de una situación o fenómeno objeto de estudio⁶⁰.

2.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de la Clínica Peñitas S. A. S, adscritos al servicio de fonoaudiología en las prácticas formativas de la Universidad de Sucre a partir del año 2015 hasta el I período del año 2018, siendo un total de 161 usuarios registrados, tomados del reporte del escenario de práctica.

El muestreo se realizó intencional o por conveniencia⁶¹. El total de la muestra fue de 40 pacientes que reunieron los siguientes criterios:

2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes hospitalizados en Medicina Interna de la clínica las peñitas S. A. S registrados en el servicio de fonoaudiología de la práctica formativa de la Universidad de Sucre.
- Pacientes diagnosticados con alteraciones adquiridas del lenguaje comprensivo y expresivo.

⁶⁰ HERNÁNDEZ, Roberto, FERNÁNDEZ, Carlos, BATISTA, Pilar. Metodología de la investigación. Colombia. 5 ED. 2010.

⁶¹ TAMARA, Otzen y MANTEROLA, Carlos. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. En: Int. J. Morphol, 2017. Vol.35, no 1, p. 227-232.

2.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes adscritos al servicio de fonoaudiología de las prácticas formativas de la universidad de Sucre sin alteraciones del lenguaje expresivo y comprensivo.

2.4 TÉCNICA

Se utilizó la técnica de extracción directa de los datos mediante la revisión de historias clínicas⁶², consignados en los registros de las valoraciones fonoaudiológicas, realizados desde el año 2015 hasta el I período del año 2018, de las prácticas formativas de la Universidad de Sucre.

Para dar mayor objetividad y organización a los datos estos fueron extraídos mediante una lista de chequeo entendiendo que esta es una “herramienta metodológica compuesta por una serie de ítems, factores, propiedades, aspectos, componentes, criterios, dimensiones o comportamientos, necesarios de tomarse en cuenta, para realizar una tarea, controlar y evaluar detalladamente el desarrollo de un proyecto, evento, producto o actividad. Dichos componentes se organizan de manera coherente para permitir que se evalúe de manera efectiva, la presencia o ausencia de los elementos individuales enumerados o por porcentaje de cumplimiento u ocurrencia”⁶³. Posteriormente la información fue vaciada en una hoja de registro diseñada para tal fin, lo cual permitió a su vez, una mayor efectividad en el análisis.

⁶² HERNÁNDEZ, Roberto, FERNÁNDEZ, Carlos, BATISTA, Pilar. Op. Cit., p. 51.

⁶³ OLIVA, p. 2009. [listas de chequeo como técnicas de control]. Disponible en versión: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7cf9e499a55c4cc7e04001011f016c69.pdf>

2.5 VARIABLES

Para llevar a cabo y responder con los objetivos propuestos se establecieron como variables. (Ver tabla 1).

Tabla 1 Operacionalización de variable

Objetivo	Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores
Describir las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna	Socio-demográfica	Descripción de las características sociales y demográficas de una persona o grupo poblacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Ocupación • Etiología. 	<p>Años cumplidos.</p> <p>Características físicas sexuales (Masculino-femenino).</p> <p>Tipo de actividad de la que obtiene beneficios económicos.</p> <p>Origen o causa de la alteración.</p>
Determinar las alteraciones del lenguaje expresivo y comprensivo de la población	Alteraciones del Lenguaje	Se caracterizan por la desintegración en mayor o menor grado de los aspectos comprensivos y/o expresivos del lenguaje.	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del Lenguaje expresivo • Alteraciones del Lenguaje comprensivo 	<p>Dificultades lingüísticas de codificación (latencias, agramatismo, aprosodia, parafasias, etc.).</p> <p>Dificultades lingüísticas de decodificación (comprensión verbal deficiente, etc.)</p>

Fuente: Elaboración propia.

2.6 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La fuente de información utilizada fue los registros de las valoraciones fonoaudiológicas, realizados desde el año 2015 hasta el I período del año 2018, de las prácticas formativas de la Universidad de Sucre. De estos Se tomaron datos correspondientes a las variables a estudiar en relación a los objetivos propuestos

Los registros se encuentran custodiados por la Clínica las Peñitas S.A.S, ubicados en el consultorio asignado para el desarrollo de la práctica formativa, estos están organizados por años en A-Z lo que permite el fácil acceso a la información. Cada paciente valorado contiene “hojas de registro de resultados del tamiz del lenguaje aplicado” y un formato de evolución diligenciado con la condensación de los resultados hallados.

Para la sistematización de la información se creó una base de datos diseñada en el programa Microsoft Office Excel 2010. Una vez sistematizada la información se realizó el análisis descriptivo de las variables utilizando el complemento EZAnalyze de Microsoft Excel, obteniendo con ello datos de frecuencia y porcentajes.

El método utilizado para obtener la prevalencia de las alteraciones del lenguaje adquirido sobre el total de la población fue:

$$\frac{\text{Número de casos}}{\text{Población}} \times 100$$

El método utilizado para obtener la prevalencia del trastorno de lenguaje adquirido sobre el total de casos fue:

$$\frac{\text{Número de casos con trastorno del lenguaje adquirido}}{\text{Total, de la muestra}} \times 100$$

2.7 PROCEDIMIENTO

El estudio se ejecutó teniendo en cuenta las siguientes etapas:

- Etapa I. acercamiento a la comunidad

En esta etapa se hizo el acercamiento al escenario de práctica formativa Clínica las Peñitas S. A. S. obteniendo así los permisos de los directivos para acceder a la base de datos.

- Etapa II. Trabajo de campo

En esta etapa se seleccionó la muestra, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente se tomarán los datos necesarios según los objetivos propuestos y se organizarán para su respectivo análisis.

- Etapa III. Análisis, discusión y elaboración del informe final

Se analizaron los resultados encontrados, teniendo las variables propuestas y se elaboró el informe final que será socializado ante la comunidad educativa del programa de fonoaudiología como trabajo de grado.

3. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

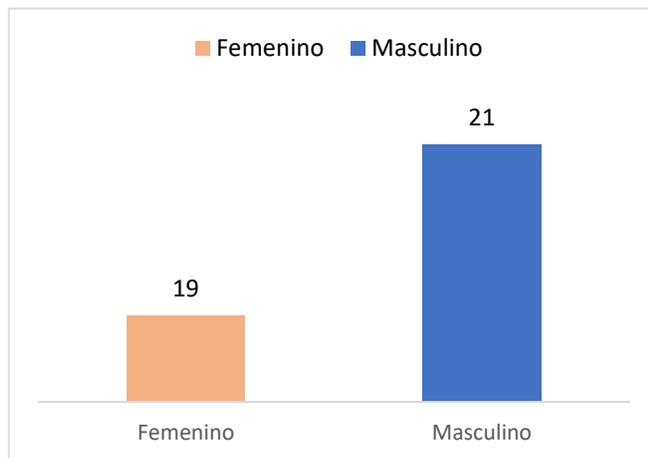
A partir de la aplicación de las estrategias metodológicas empleadas en el presente estudio se lograron obtener los resultados que responden a los objetivos propuestos anteriormente, a saber:

3.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Con las revisiones de Registros de Pacientes y de Historias Clínicas fonoaudiológicas realizadas, se obtuvo como resultado, que en el Servicio de Fonoaudiología de Hospitalización en el área de Medicina Interna de la Clínica las Peñitas S.A.S, se registran entre los años 2015 a 2018, 161 sujetos de los cuales 40 están diagnosticados con alteraciones del lenguaje adquirido.

Como se observa en la Gráfica 1, el 51,2 % (21) de la población objeto de estudio pertenece al género masculino y el 46,3% (19) al género femenino.

Gráfico 1 Distribución de frecuencia de Género.



Fuente: Elaboración Propia.

El promedio de edad de la población de pacientes con trastorno del lenguaje adquirido es de 73,0 en un amplio rango de edades que se ubican entre los 31 y los

100 años. El 30% de estos pacientes registraron edades entre 71 a 80 años, el 25% entre 81 a 90 años, el 17.5% entre 61 y 70 años, estando ubicados en menor proporción el resto de edades como lo muestra la (ver tabla 2)

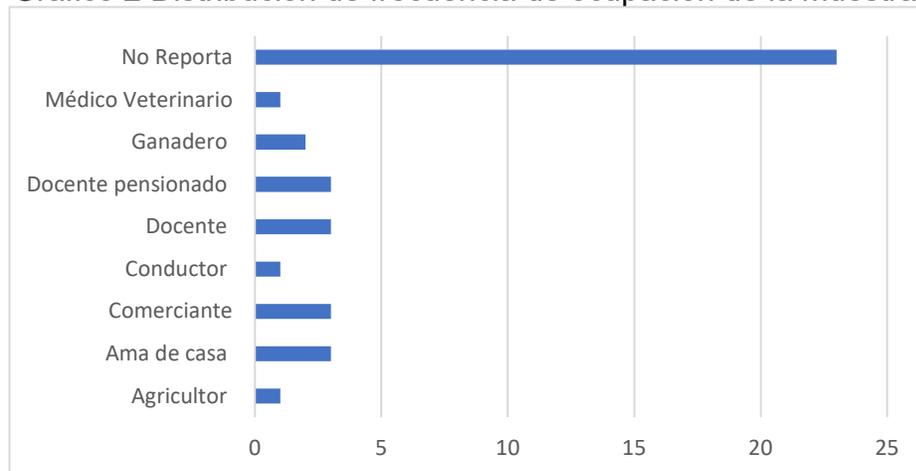
Tabla 2 Distribución de frecuencias de Edad.

EDAD	N	%
20-30	1	2,5
31-40	2	5,0
41-50	3	7,5
51-60	4	10,0
61-70	7	17,5
71-80	12	30,0
81-90	10	25,0
91-100	1	2,5
Total	40	100%

Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a la ocupación se observó que un 56% equivalente a 23 pacientes no reporta actividad laboral. Al revisar los registros correspondientes no se refleja si este fenómeno se debe a los sujetos hospitalizados quienes no reportan actividad alguna o a los practiantes que dejan de lado el registro de la información. (ver Gráfico 2)

Gráfico 2 Distribución de frecuencia de ocupación de la muestra.



Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a las etiologías reportadas en la historia clínica de cada paciente, la Tabla 3 muestra que el 52,5% de los casos es el Evento Cerebrovascular (EVC), en el 32,5% es de naturaleza diferente, en el 12,5 es Trauma craneoencefálico y el 2,5 es el Tumor cerebral. (ver tabla 3)

Tabla 3 Distribución de etiologías de la muestra.

<i>Etiología</i>	N	%
ECV	21	52,5
OTROS	13	32,5
TC	1	2,5
TCE	5	12,5

Fuente: Elaboración propia.

El comportamiento que muestran las características sociodemográficas en cuanto al Género, edad y etiología coincide con lo expuesto por Sedano y Rodríguez⁶⁴ en su estudio quienes afirman que las alteraciones de lenguaje adquirido de tipo “afásico” se presentan en mayor proporción en hombres que en mujeres aduciendo que dicho fenómeno se debe a que “los hombres con lesión del hemisferio cerebral izquierdo presentan más frecuentemente trastornos del lenguaje que las mujeres con similar lesión. Esta diferencia sexual sería por una diferente organización cerebral en hombres y mujeres en relación a las funciones mentales y cognitivas, y a la especialización hemisférica, estando las capacidades visuo-espaciales menos claramente lateralizadas en las mujeres”.

Asimismo, Lagos⁶⁵ manifiesta que existen diferencias en la asimetría anatómica de las áreas del lenguaje temporal en las mujeres. Se ha demostrado que los hombres presentan una mayor asimetría funcional que las mujeres, pero no hay acuerdo respecto a los probables factores causales, concluyendo que hay diferencias sexuales en la organización del lenguaje y praxis en el hemisferio izquierdo. En cuanto a la edad el estudio refleja que el mayor número de pacientes registrados

⁶⁴ SEDANO, G y RODRÍGUEZ, P. Epidemiología, Rehabilitación y Pronóstico de la afasia. En: Rev Hered Rehab, 2016, no. 1:11-20, p. 1-20

⁶⁵ LAGOS, O. Especialización hemisférica y sexo. Rev. Chilena de Neuropsiq. 1985; P. 299- 306.

oscila entre los 50 a los 79 años de edad y la etiología predominante es el Accidente Cerebrovascular, particularidades similares a las encontradas en la presente investigación. Otros autores como González y Armenteros⁶⁶ y Omar; *Et al* da cuenta de lo anterior, puesto que encontraron en su investigación en alteraciones del lenguaje que el grupo etéreo predominante es de 75 a 79 años, donde dominó el sexo masculino y la etiología dominante es el Evento Cerebrovascular.

Los datos correspondientes a la edad y etiología eran de esperar, pues la presencia de estas alteraciones es característica de sujetos que han padecido hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes, e hipertensión arterial asociada a diabetes e hipercolesterolemia⁶⁷ presentándose comúnmente este tipo de patologías en individuos mayores de 60 años⁶⁸. Con relación al estado laboral de la población estudiada no hubo datos relevantes puesto que el mayor porcentaje fue representado por la característica de “no reporta” sin embargo existe una mínima población que informó pertenecer al grupo de Docentes, Docentes pensionados, Comerciantes y Amas de casa, este último también fue relevante en la investigación de Gonzales⁶⁹ en la que manifestó que las amas de casa representaban el 19% de la población que presentaban afasia.

3.2 TRASTORNOS DEL LENGUAJE ADQUIRIDO.

La alteración del lenguaje adquirido registrado por el 52,5% de los pacientes responde al tipo de lenguaje expresivo. En el 42,5% de los casos, el trastorno responde a alteración mixta del lenguaje. En tanto, que el 5,0% de los casos el trastorno del lenguaje es comprensivo como lo muestra la tabla (ver tabla 4)

⁶⁶ GONZÁLEZ, M, Mercedes y ARMENTEROS H. Op. Cit. p. 547.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 14.

⁶⁸ CINZA, S. A. *et al.* Op. Cit. 3-4.

⁶⁹ GONZÁLEZ, M, Op. Cit. p. 547

Tabla 4 Tipo de alteración del lenguaje

Trastorno del lenguaje adquirido	N	%
Trastorno Comprensivo	2	5,0
Trastorno Expresivo	21	52,5
Trastorno Mixto	17	42,5

Fuente: Elaboración propia.

En los pacientes con trastorno del lenguaje expresivo se evidenciaron diferentes características lingüísticas, siendo la Anomia con un 24,5% es la de mayor prevalencia, seguida de la parafasia con 16,9%, circunloquio y agramatismo con 13% (ver tabla.5). En aquellos con Trastorno del Lenguaje Comprensivo la característica más relevante fueron los neologismos con un 40% (ver Tabla 6). El 42% de la población que mostro características tanto expresivas como compresivas persistió en los síntomas más relevantes y mencionados anteriormente como Anomia con 20,8 %, neologismos y circunloquios con un 17,9% y 16,4%, sin dejar de lado las jergafasias que también obtuvieron un porcentaje importante el 14,9 %, mientras que los agramatismos, parafasias, latencias, repeticiones, supresión del lenguaje, comprensión de palabras, frases y oraciones fueron de menor recurrencia en los pacientes estudiados (ver tabla 7).

Tabla 5 Características lingüísticas de Trastorno Expresivo

TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO	N	%
CIRCUNLOQUIO	7	13,2
AGRAMATISMO	7	13,2
ANOMIA	13	24,5
DISPROSODIA	3	5,6
ECOLALIA	3	5,6
HABLA LENTIFICADA	1	1,8
JERGAFASIA	6	11,3
PARAFASIA	9	16,9
REPETICIÓN	2	3,7
SUPRESIÓN DEL LENGUAJE	2	3,7

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6 Características lingüísticas de Trastorno Compresivo

TRASTORNO DEL LENGUAJE COMPRESIVO		
	N	%
DIFICULTADES PARA COMPRESION DE ORACION	1	20,0
DIFICULTADES PARA LA COMPRESION DE ORDENES	1	20,0
DIFICULTADES PARA LA COMPRESION DE PALABRA	1	20,0
PRESENCIA DE NEOLOGISMO	2	40,0

Fuente: Elaboración propia

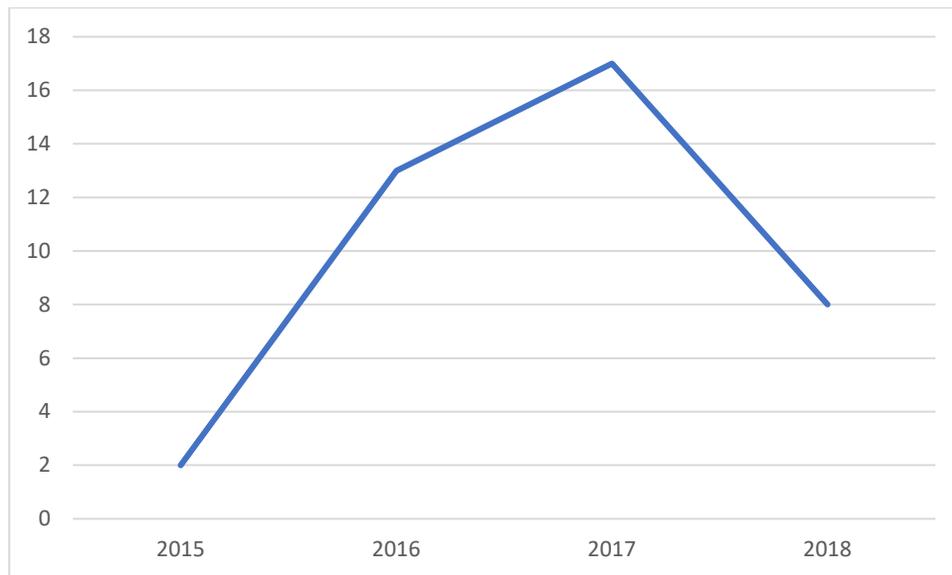
Tabla. 7 Características lingüísticas de Trastorno Mixto del Lenguaje

TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE		
	N	%
AGRAMATISMO	2	2,9
ANOMIA	14	20,8
CIRCUNLOQUIO	11	16,4
COMPRESION DE ORACION	1	1,4
COMPRESION DE ORDENES	1	1,4
COMPRESION DE PALABRA	2	2,9
JERGAFASIA	10	14,9
LATENCIA	2	2,9
NEOLOGISMO	12	17,9
PARAFASIA	7	10,4
REPETICION	4	5,9
SUPRESION DEL LENGUAJE	1	1,4

Fuente: Elaboración propia.

En la distribución de casos por año se observó que las alteraciones en el Lenguaje Adquirido aumentaron significativamente en el año 2017 con un 41,4% mientras que en el año 2015 solo el 4,8% fue reportado con dificultades comunicativas relacionadas con el lenguaje expresivo, comprensivo y mixto. (Ver gráfico 3)

Gráfico. 3 Distribución de Casos por año



Fuente: Elaboración propia.

Partiendo de la cifra total de pacientes registrados en el servicio de fonoaudiología llevado por la Universidad de sucre (161) y la población con alteraciones del lenguaje (40), se calcula que la prevalencia de las alteraciones del lenguaje adquirido es de 25% pacientes por cada 100 individuos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de la Clínica las Peñitas S.A.S.

Los resultados hallados distan del estudio realizado por Omar; *et al*,⁷⁰ en la cual se registró como predominante el tipo de afasia de comprensión. Sin embargo, otras investigaciones^{71,72} revelan que el trastorno del lenguaje adquirido que predomina es el expresivo, resaltando en las características como la anomia, el agramatismo y las parafasias, aspectos que coinciden con los expuestos en los resultados.

Vendrell⁷³ por su parte considera que el paciente afásico no sólo presenta un problema puro de lenguaje, puesto que una lesión cerebral puede desorganizar distintos sistemas funcionales, dando a entender que los procesos lingüísticos y

⁷⁰ OMAR, M. Erislandy; *et at*. Op. Cit. p 79

⁷¹ DONOSO, S. Archibaldo y GONZÁLEZ, V. Rafael. Op. Cit. p. 12

⁷² GONZÁLEZ, M, Mercedes y ARMENTEROS H. Op. Cit. p. 547

⁷³ VENDRELL, J. Op. cit p 980

otros comportamientos se van viendo afectados a medida en que avance una patología de base como es el caso de los Eventos cerebrovasculares u en su caso el envejecimiento cerebral a causa de la edad, por lo tanto esto se verá reflejado en los síntomas lingüísticos del paciente los cuales pueden llegar a iniciar con características expresivas y comprensivas y finalizar con síntomas de ambos, es decir trastornos mixtos del lenguaje.

Las alteraciones del lenguaje adquirido constituyen el trastorno neuropsicológico grave más frecuente en presencia de daño cerebral focal, comenzando como secuela cognitiva en pacientes con ECV y que esta a su vez, constituye la enfermedad neurológica grave más frecuente a nivel mundial, que más afecta la calidad de vida de quien la presenta⁷⁴. González⁷⁵ determina en buena parte que los pacientes que presentan una ECV notoriamente afectarán su calidad de vida. Sin embargo, el control epidemiológico al parecer es poco preciso en la mayoría de los países, dejando ver que no existe un control estricto de dichas alteraciones. Aspectos que fueron evidentes durante el estudio en el escenario, donde no reposa un registro organizado y completo, indicando con ello que la existencia de del servicio de fonoaudiología brindada por la Universidad de sucre no garantiza la calidad del trabajo con este tipo de pacientes, ni su registro sistemático. La panorámica descrita puede llevar a cuestionarse acerca de la importancia de las alteraciones del lenguaje adquirido en el ámbito de la salud, donde esta patología es relevante y pareciese no se tiene conciencia de las limitaciones a las que se deben enfrentar los pacientes que la padecen y el costo social y familiar que esta trae consigo.

Omar⁷⁶ demostró en su estudio que los pacientes en el año 2009 presentaban afasia después de un evento cerebrovascular siendo este del 23,3% aumentando en el 2012 en un 27,2% lo que se relaciona con nuestro estudio puesto que el mayor porcentaje se registró en el 2017 con un 41,4% indicando que poco a poco

⁷⁴ CINZA, S. A. *et al.* Op. Cit. 4.

⁷⁵ GONZÁLEZ, C. Op. cit.

⁷⁶ OMAR, E. Op. cit. p 80.

los trastornos del lenguaje cada vez más van en aumento ya que no hay control y seguimiento de estas causas que afectan notablemente la calidad comunicativa del paciente, el autor antes mencionado también recalca que las alteraciones del lenguaje o de comunicación en el paciente no son la prioridad de recuperación dentro de las áreas de hospitalización ya que lo que se busca principalmente es preservar y mantener con vida al paciente, dejando en un segundo plano las dificultades comunicativas es por esto que muchos datos no son reportados para su oportuna intervención y esto abre muchas dudas sobre cual es realmente la prevalencia de trastornos del lenguaje en un país, región o como es el caso del presente estudio de una clínica local.

En el análisis de los registros se observó además de lo anterior, que el trabajo fonoaudiológico en esta población es muy bajo debido a los pocos reportes para requerir de los servicios o intervenciones logopédicas, un problema que puede repararse siempre y cuando se informen de pacientes con patologías asociadas a las alteraciones del lenguaje como los Eventos cerebrovasculares, o traumas craneoencefálicos, o por consiguiente asesorar a familiares que cuente con un adulto mayor en su hogar acudir a terapia no solo del lenguaje sino otras que faciliten al paciente una adecuada comunicación y por ende una mejor calidad partiendo de que el lenguaje y el habla es un arma importante para el bienestar personal, familiar y social de la persona.

4. CONCLUSIONES

Al revisar los resultados obtenidos y analizar la muestra de los pacientes adscritos al servicio de medicina interna de la clínica las peñitas, se pudo apreciar que:

- El género con mayor predominio fue el masculino el promedio de edad que más presento alteraciones en el lenguaje estuvo en 71 -80 años de edad y
- El Evento Cerebrovascular representa la mayor causa de alteraciones del lenguaje adquirido en la población.
- La prevalencia de alteraciones del lenguaje adquirido fue de tipo expresivo, seguido por el mixto, con las características más comunes de anomias, parafasias, circunloquios y agramatismos.
- La mayor prevalencia de las alteraciones del lenguaje adquirido es de 25% pacientes por cada 100 individuos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de la Clínica las Peñitas S.A.S.
- En 2017 El número de pacientes registrados con alteraciones del lenguaje alcanzó un 41,4% notando un descenso para el I semestre del año 2018.

5. RECOMENDACIONES

Al programa de fonoaudiología:

- Continuar realizando estudios sobre la prevalencia de alteraciones del lenguaje adquirido en más clínicas u hospitales a nivel nacional y local. Ampliar la muestra en futuros estudios.
- Desarrollar más investigaciones que involucre aspectos comunicativos en población adulta, puesto que hay poca información actualizada acerca de ello.
- A los practicantes se les sugiere diligenciar correctamente el registro tamiz, hacer seguimiento a los pacientes y realizar interconsultas con otras especialidades con el fin de crear mayor consciencia de la importancia del servicio en Hospitalización.
- Plantear desde la perspectiva fonoaudiológica el seguimiento que se tiene en estas entidades de salud con respecto a las remisiones no identificadas para la intervención interdisciplinar en este caso fonoaudiológica lo cual impide que se realicen estrategias terapéuticas para mejorar la calidad de vida y/o comunicativa de los pacientes que se reportan en las áreas de hospitalización de las clínicas de la ciudad.
- Abordar desde las prácticas formativas el servicio fonoaudiológico como medida para la promoción, prevención y tratamiento de alteraciones del lenguaje adquirido.

A la clínica las peñitas

- Dar a conocer a pacientes u familiares el servicio fonoaudiológico como medida para la promoción de vida saludables y la prevención y tratamiento de alteraciones del lenguaje que mejo.

- Teniendo en cuenta la prevalencia de alteraciones del lenguaje encontradas realizar una base de datos para implementar procesos terapéuticos e intervención fonoaudiológica.
- Sugerir a la entidad de Salud la presencia permanente de un fonoaudiólogo que facilite el diagnóstico comunicativo de los pacientes que ingresan a medicina interna por presentar traumas o alteraciones que afecte el sistema nervioso central.

BIBLIOGRAFÍA

- BERNAL, S. Estado de la investigación fonoaudiológica en el arte del lenguaje y comunicación del adulto. En: Revista Areté, 2002.
- BERLO, D. K. The process of communication: An introduction to theory and practice. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1960.
- CHOMSKY. N. Lenguaje, sociedad y cognición. ed. Trillas. México, 1991
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. convenio 15 de 2015. Análisis de la situación de la salud auditiva y comunicativa en Colombia, Promoción y prevención de enfermedades no transmisibles. Santa Fe de Bogotá, D.C., 2016.
- COLOMBIA. MINISTERIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 057 (14, enero, 2015). Bogotá: El ministerio, 1993.
- CORDERO, Abigail. Lenguaje expresivo. Citado por, CHIQUILLO REYES, Katherine y GAZABON CASTILLA, Lady. Estimulación del lenguaje expresivo y comprensivo en la etapa inicial de los niños y niñas de 2 a 3 años del grado párvulo. [En Línea] Trabajo de grado. Cartagena de Indias, 2013. Disponible en:
<http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:/Estimulaciondel/lenguaje/expresivoycomprensivo/pdf>.
- CINZA, S. A.*et al.* Análisis epidemiológico de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna. En: Revista Anales de medicina Interna, 2006.
- D. FACAL M. F. GONZÁLEZ C. BUIZA I. LASKIBAR E. URDANETA J. J. YANGUAS, Envejecimiento, deterioro cognitivo y lenguaje: Resultados del Estudio Longitudinal Donostia, Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología

2009, Vol. 29, p.9, en línea:
<http://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/envejecimiento-deterioro-cognitivo.pdf>

- DONOSO, S. Archibaldo y GONZÁLEZ, V. Rafael. Trastornos del lenguaje en el adulto. En: Revista Chilena de Fonoaudiología, 2012.
- GONZÁLEZ, V. Rafael y HORNAUER-HUGUES. Andrea. Cerebro y Lenguaje. En: Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 2014.
- GONZÁLEZ, M, Mercedes y ARMENTEROS H. Niurka Alteraciones del lenguaje postaccidente vascular encefálico en el adulto mayor. En Revista Medigraphic, 2006
- HELM. N Estabrooks. Albert. M. Manual de la Afasia y de Terapia de la Afasia. 2 ed. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana. [2005]. p.462
- HERNÁNDEZ, Roberto, FERNÁNDEZ, Carlos, BATISTA, Pilar. Metodología de la investigación. Colombia. 5 ED. 2010.
- JIMENEZ, .H. María. La Afasia: clasificación y descripción. En: revista digital innovación y experiencias educativas, 2011, No 48.
- JUNCO. RABADÁN Onésimo y PEREIRO.ROZAS. Arturo. Problemas del lenguaje y la tercera edad. Orientaciones y perspectivas de la logopedia, [En línea] Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. (2002), p.9. (2002). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/279423965_Problemas_del_lenguaje_y_la_tercera_edad_Orientaciones_y_perspectivas_de_la_logopedia.

- Lagos O. Especialización hemisférica y sexo. Rev. Chilena de Neuropsiq. 1985; 299- 306.
- LURIA, Alexander. Conciencia y lenguaje. En conferencia reunión I. El problema del lenguaje y la conciencia. Madrid: Visor. 1984.
- MARTÍNEZ, C. Estrés laboral: factor de riesgo de accidentes cardiovasculares). Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención, 2008.
- MOLINA. V. Montserrat. Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación. Universidad autónoma de Barcelona. p.20, en línea: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/12_trastornos_desarrollo_lenguaje_comunicacion.pdf.
- MONTECINOS, J. Adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación: Una visión pragmática Constructivista centrada en contextos, .2000, p.54-66.
- MONTFRAGÜE, G.M, prevalencia de las patologías del habla del lenguaje y de la comunicación, un estudio a lo largo del ciclo vital, salamanca España. 2014.
- OMAR, M. Erislandy, REYES. S. Aymara, TURTÓS, C. Larrisa B. y DUSU, C. Rayda Epidemiología de la afasia en Santiago de Cuba. En: Revista Neurología de Argentina, 2014.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Sordera y pérdida de audición. Nota descriptiva 300. Centro de prensa. [En línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/> [consultado 30 de Agosto de 2018].

- OWENS, E. Robert. Desarrollo del lenguaje., Madrid, España, 2003. p. 45.
- PIAGET, Jean. Seis estudios de psicología. En: el lenguaje y el pensamiento desde el Punto de vista genético. Barcelona: Labor, 1991.
- TAMARA, Otzen y MANTEROLA, Carlos. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. En: Int. J. Morphol, 2017. p. 232.
- ROA W. Luis, MENDOZA O Mario, JIMÉNEZ Néstor, TOLEDO. Daniel. Prevalencia y factores asociados de la discapacidad moderada y severa en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda y fibrilación auricular en un hospital universitario de Bogotá. En: Revista SciElo, no.4 Bogotá Oct. 2015. En línea: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482015000400006&lang=pt
- SEDANO, G y RODRÍGUEZ, P. Epidemiología, Rehabilitación y Pronóstico de la afasia. En: Rev Hered Rehab,2016, no. 1:11-20.
- VICENTE, Mario. Trastornos del lenguaje ¿Qué son, tipos y cómo se diagnostican y tratan?, Blog: Salud, Cerebro & Neurociencia, septiembre 19, 2017. [En línea]: <https://blog.cognifit.com/es/trastornos-del-lenguaje/>
- WEBB. G.Wanda y ADLER. K Richard. Neurología para el logopeda, 5ta ed. Barcelona, 2010, p.328

ANEXOS

Sincelejo, 2 de octubre de 2018

Señora
LORENA BARRAZA RUIZ
Coordinadora General Clínica las Peñitas S.A
Ciudad.

Cordial saludo

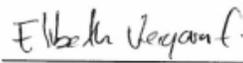
Atendiendo a la indicación de la Jefe de Gestión Humana de la Clínica las Peñitas Lida Barrios, le solicitamos de manera muy amable el debido permiso para utilizar los registros de evolución de pacientes hospitalizados en el Área de Medicina Interna de La Clínica Las Peñitas, de los años 2015- (segundo semestre) y 2018 (primer semestre) los cuales fueron realizados por las estudiantes de Fonoaudiología de la Universidad de Sucre y que reposan en su entidad. Esto con el fin de realizar un trabajo investigativo, que tiene como título: "**LA PREVALENCIA DE ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UNA CLÍNICA DE SINCELEJO**" ejecutado por una Estudiante de decimo semestre de la universidad de la Universidad de Sucre, con el propósito de recibir grado de Fonoaudióloga en los meses siguientes.

Agradeciendo su atención y positiva respuesta.

ATENTAMENTE



IVON PATRICIA QUESSEP
Docente de práctica Profesional
Universidad de Sucre



ELIBETH VERGARA FLÓREZ
Estudiante de Fonoaudiología
Universidad de Sucre

Recibido.
Dra. Lorena Barraza Ruiz.
02-10-2018
10:00 am.

Anexo C Lista de Chequeo

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGÍA**

Proyecto: Prevalencia de las alteraciones del lenguaje en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una clínica de Sincelejo

Responsable: Elibeth Vergara Flórez.

Fecha:

IDENTIFICACION:

Nombre Y Apellido: _

**MARCAR LA CASILLA
CORRESPONDIENTE.**

1. EDAD:

- 20 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 - 70
- 71 – 80
- 81 – 90
- 91 – 100

2. GÉNERO

- Masculino
- Femenino

3. OCUPACIÓN

- Desempleado
- Docente
- Independiente
- ¿Otro? _____ ¿Cuál? _____

4. DIAGNOSTICO MEDICO

- Evento cerebrovascular (ECV)
Isquémica Hemorrágica
- Traumatismo craneoencefálico
- Infecciones (meningitis)
- Alzheimer
- Demencia
- Tumor cerebral
- Parkinson
- Otros _____

**5. CARACTERISTICAS DEL
LENGUAJE EXPRESIVO**

- Perseveraciones
- Jergafasia
- Ecolalia
- Parafasias verbales
- Habla lentificada
- Habla fatigada
- Latencias
- Anomias
- Estereotipas
- Disprosodia
- Automatismos
- Supresión del lenguaje

COMPRESIVO

- Neologismo
- Parafasias fonológicas y semánticas
- Circunloquios
- No comprende palabras
- No comprende oraciones
- No comprende órdenes

Observaciones:

Anexo D Lista de Chequeo (Diligenciada)

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGÍA**

Proyecto: Prevalencia de las alteraciones del lenguaje en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una clínica de Sincelejo

Responsable: Elibeth Vergara Flórez.

Fecha: 10/10/2018

IDENTIFICACION:

Nombre Y Apellido:

**MARCAR LA CASILLA
CORRESPONDIENTE.**

1. EDAD:

- 20 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 - 70
- 71 – 80
- 81 – 90
- 91 – 100

2. GÉNERO

- Masculino
- Femenino

3. OCUPACIÓN

- Desempleado
- Docente
- Independiente
- ¿Otro? _____ ¿Cuál? _____

**4. DIAGNOSTICO
MEDICO**

- Evento cerebrovascular (ECV)
Isquémica Hemorrágica
- Traumatismo
craneoencefálico
- Infecciones (meningitis)
- Alzheimer
- Demencia
- Tumor cerebral
- Parkinson
- Otros _____

**5. CARACTERISTICAS DEL
LENGUAJE EXPRESIVO**

- Perseveraciones
- Jergafasia
- Ecolalia
- Parafasias verbales
- Habla lentificada
- Habla fatigada
- Latencias
- Anomias
- Estereotipas
- Disprosodia
- Automatismos
- Supresión del lenguaje

COMPRESIVO

- Neologismo
- Parafasias fonológicas y semánticas
- Circunloquios
- No comprende palabras
- No comprende oraciones
- No comprende órdenes

Observaciones:

Anexo E Formato de recolección de Datos (Diligenciado)

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGIA**

Proyecto: Prevalencia de las alteraciones del lenguaje en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una clínica de Sincelejo.

N°	Año	EDAD	GENERO	OCUPACIÓN	ETIOLOGÍA (DX MEDICO)	CARACTERISTICAS DEL LENGUAJE	DIAG. FONOAUDIOLÓGICO
1	2015	82	M	Comerciante	Insuficiencia respiratoria aguda	No reporta	No reporta
2	2015	67	M	Docente	Insuficiencia respiratoria, neumonía.	No alterado	Disfonía
3	2015	43	M	Comerciante	Traumatismo intracraneal por coma prolongado.	anomia, circunloquios, agramatismos	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
4	2015	33	M	Enfermero	Dengue Clásico	No reporta	No reporta
5	2015	77	F	No reporta	ACV Isquémico	No reporta	No reporta
6	2015	75	M	Agricultor	Encefalopatía Hipertensiva	No reporta	No reporta
7	2015	75	M	Sacerdote	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias	Dificultades en la comprensión lectora	No reporta
8	2015	51	F	No definida	ECV no especificada, Hemiparesia izquierda	Neologismos	Desorden comprensivo del lenguaje de origen central
9	2015	73	F	Ama de casa	Cefalea y tinitus	Disfonía de grado leve	Disfonía
10	2015	20	M	Estudiante	Taquicardia supraventricular	No reporta	No reporta
11	2015	72	F	Ama de casa	Neumonía adquirida	No reporta	No reporta
12	2016	54	M	Docente	ECV Isquémica	No presenta dificultades del lenguaje	No reporta
13	2016	67	M	Docente	Infección aguda no especificada de vías respiratoria	anomias, no repite, agramatismo, neologismo	Desorden mixto del lenguaje de origen central
14	2016	82	F	No reporta	Enfermedad Cerebrovascular no especificado	Longitud de frases reducida, habla lenta, monótona, repite,	Disartria
15	2016	40	F	Docente	Neumonía no especificada	No reporta	No hay alteraciones
16	2016	33	F	Docente	Neumonía bacteriana no especificada	Voz ronca	Disfonía leve

17	2016	98	F	Ama de casa	Dificultad respiratoria Sepsis de origen pulmonar y urinario	anomias, circunloquios, agramatismos, jergafasia, comprensión de palabras	Desorden mixto del lenguaje de origen central
18	2016	85	F	Ama de casa	Abseso del pulmón neumonía	No hay alteraciones del lenguaje	Normalidad en desarrollo del lenguaje
19	2016	56	F	Docente	Bronquitis Aguda	Soplo disminuido, frecuencia respiratoria aumentada, hipertonia perilaríngea,	Desorden de voz
20	2016	93	M	Manejo de máquinas pesada	Bronquitis sobreafectada	Tipo resp. Inadecuado, timbre de voz áspero	Disfonía moderado- severo
21	2016	46	M	Docente	Pupura trombocito idiopático	No hay alteraciones del lenguaje ni voz	No hay alteraciones
22	2016	94	M	Carpintero	Celulitis en miembro inferior derecho	No denomina objetos diferentes a los conocidos	No hay desorden del desarrollo a nivel expresivo y comprensivo
23	2016	61	F	Docente Jubilada	Insuficiencia cardíaca no especificada	Tono agravado, timbre áspero	Disfonía leve
24	2016	85	F	Ama de casa	Neumonía, Bronquitis crónica	No hay alteraciones del lenguaje	Normalidad en desarrollo del lenguaje
25	2016	75	M	Ganadero	Encefalopatía toxica. Neumonía, Disnea, Alzheimer	Jergafasia, latencias, anomias, no repite y circunloquios	Desorden mixto del lenguaje de origen central
26	2016	64	M	Docente	Síndrome de Guillain barré	No hay alteraciones de lenguaje	Desbalance muscular
27	2016	65	M	Docente	Síndrome de Guillain barré	No hay alteraciones del lenguaje	Desbalance muscular
28	2016	27	F	No reporta	Bronconeumonía, Síndrome de Down	Dificultad en la fluidez de las palabras, denominación	No reporta
29	2016	77	F	No reporta	Síndrome de dificultad respiratoria	No hay alteraciones del lenguaje	Normalidad del desarrollo del lenguaje
30	2016	80	F	Ama de casa	Enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia.	No hay alteraciones del lenguaje	Normalidad del desarrollo del lenguaje
31	2016	40	M	No reporta	Meningitis secundaria a TCE	supresión del lenguaje	Desorden mixto del lenguaje de origen central
32	2016	61	F	No reporta	Infección respiratoria	Soplo disminuido, modo respiratorio nasal- nasal en reposo	Incoordinación fonorespiratoria
33	2016	NR	F	No reporta	Crisis convulsiva, Alzheimer.	Normalidad del desarrollo del lenguaje	Desequilibrio muscular oro facial
34	2016	69	F	Ama de casa	Convulsiones no especificadas	No reporta	No reporta
35	2016	61	F	No reporta	Asma bronquial	Respiratorio inadecuado soplo disminuido, tono agravado, timbre rasposo	Desorden de voz

36	2016	58	F	No reporta	Diabetes y neumonía	Ninguna sintomatología a nivel del lenguaje, habla y voz	Normalidad en el desarrollo del lenguaje
37	2016	66	M	No reporta	Alzheimer Y Parkinson	Anomia, circunloquio, neologismo	Desorden mixto del lenguaje comprensivo de origen central
38	2016	46	F	No reporta	ACV isquémico transitorio, hipertensión, disartria.	incoordinación fonorespiratoria, afectación en la cualidades de la voz.	Desorden de voz
39	2016	40	F	Docente	Bronquitis	Incoordinación fono respiratoria	Incoordinación fono respiratoria
40	2016	63	F	No reporta	Enfermedad Cerebrovascular. Parkinson, Rigidez muscular	Jergafasia, no repite	Desorden expresivo del lenguaje de Origen central
41	2016	91	F	No reporta	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto mayor	Disminución de soplo y frecuencia respiratoria	Incoordinación fonorespiratoria
42	2016	81	M	No reporta	ACV isquémico	No se encontraron alteraciones en el lenguaje a nivel comprensivo y expresivo	Lenguaje expresivo y comprensivo dentro de los límites normales.
43	2016	64	F	No reporta	ACV isquémico y demencia.	anomia, jergafasia	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
44	2016	40	F	No reporta	ACV de tipo transitorio.	No se encontraron alteraciones del lenguaje	Desarrollo adecuado del lenguaje comprensivo y expresivo
45	2016	59	M	No Reporta	Disartria con hemiparesia del lado izquierdo	No evaluado	Incapacidad para resonder
46	2016	38	M	No reporta	Traumatismo craneoencefálico	jergafasia, latencias, anomias, no repite y circunloquios	Desorden mixto del lenguaje de origen central
47	2016	46	F	No reporta	ACV isquémico transitorio, amnesia retrograda	Disprosodia, agramatismo	Desorden expresivo del lenguaje de Origen central
48	2016	82	F	No reporta	ACV no especificada	Habla lentificada, Disprosodia, no repite	Desorden expresivo del lenguaje de Origen central
49	2016	67	M	Docente P	Neumonía, Parkinson	Habla lentificada, disprosodia, no repite	Desorden expresivo del lenguaje de Origen central
50	2016	27	F	No reporta	Bronconeumonía, Síndrome de Down	Disprosodia y anomia	desorden expresivo del lenguaje de origen central
51	2016	58	M	No reporta	Pioras, hipertensión y enfermedad neurodegenerativa sin especificar	supresión del lenguaje	Desorden del lenguaje expresivo
52	2016	55	F		Pérdida de fuerza muscular y disartria	No se reporta dificultad a nivel expresivo y comprensivo del lenguaje	Disartria
53	2017	84	M	No reporta	Neumonía e hipertensión	Incoordinación fonorespiratoria	Incoordinación fonorespiratoria
54	2017	39	M	No reporta	Paraplejía por traumatismo medula espinal.	supresión del lenguaje	Desorden expresivo del lenguaje de origen central

55	2017	93	F	Ama de Casa	Demencia y luxación de cadera y brazo	No hay alteraciones en el lenguaje comprensivo y expresivo	Normalidad en desarrollo del habla y lenguaje expresivo.
56	2017	85	M	No reporta	ACV isquémico	anomia, circunloquios, agramatismos	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
57	2017	81	M	No reporta	ACV isquémico y cuadro febril	No presenta alteraciones del lenguaje	Desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo en normalidad
58	2017	59	F	No reporta	ACV hemorrágico, neumonía,	Anomia, circunloquio, neologismo	Desorden mixto del lenguaje de origen central
59	2017	89	M	Agricultor	ACV isquémico y hemorrágico	No hay alteraciones en el lenguaje expresivo y comprensivo	Desarrollo normal del lenguaje expresivo y comprensivo
60	2017	57	M	Docente	ACV isquémico	No hay alteraciones en el lenguaje expresivo y comprensivo	Desarrollo normal del lenguaje expresivo y comprensivo
61	2017	95	M	No reporta	TCE trauma craneoencefálico	jergafasia, anomia, circunloquios, agramatismos,	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
62	2017	46	M	Estudiante	TCE trauma craneoencefálico	No hay alteración	Habilidades comunicativas dentro de los parámetros de normalidad
63	2017	79	M	Profesor (retirado)	ACV isquémico	anomia, circunloquios, agramatismos, parafasias fonémicas	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
64	2017	78	M	Agricultor	ACV isquémico, hipertensión arterial, celulitis de pierna izquierda	Dificultad para producir palabras por afectación de OFA	Desarrollo del lenguaje dentro de la normalidad
65	2017	69	F	No reporta	Bronconeumonía y reacción de hipersensibilidad de las vías respiratorias	No existe afectación del lenguaje	No existe afectación del lenguaje
66	2017	56	F	Ama de Casa	ECV de tipo hemorrágico subdural	No hay dificultad del lenguaje expresivo y comprensivo	Desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo dentro de la normalidad
67	2017	87	M	Comerciante	ACV isquémico transitorio	No presenta desarrollo del lenguaje (no evaluado)	Desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo dentro de la normalidad
68	2017	77	M	Ganadero	Embolia y Trombosis	anomia, circunloquios, agramatismos	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
69	2017	66	M	Docente	Disnea y molestias torácicas	No hay dificultad del lenguaje comprensivo y expresivo	Alteración respiratoria
70	2017	79	M	Conductor	Encefalopatía hepática metabólica secundaria a cirrosis hepática, ACV de fosa posterior	anomias, jergafasia, circunloquio, neologismos	Desorden mixto del lenguaje de origen central
71	2017	79	F	Ama de Casa	Insuficiencia cardiaca congestiva, neumonía bacteriana, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, derrame pleural no clasificado	Dificultad respiratoria y cardiaca	No hay dificultad del lenguaje comprensivo y expresivo
72	2017	77	F	Ama de Casa	Bronconeumonía	No hay alteración del lenguaje comprensivo y expresivo	Desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo dentro de la normalidad

73	2017	60	F	Ama de Casa	Tuberculosis de pulmón	Dificultad respiratoria	Desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo dentro de la normalidad
74	2017	79	F	Ama de Casa	Enfermedad pulmonar de exageración aguda no identificada	Dificultad respiratoria	Desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo dentro de la normalidad
75	2017	31	M	Vendedor	Otitis externa y media severa	Alteración auditiva	Desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo dentro de la normalidad
76	2017	74	M	Agricultor	Hipertensión esencial	No hay dificultad del lenguaje	Desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo dentro de la normalidad
77	2017	56	M	Médico Veterinario	Bronquitis sobre afectada, demencia senil	agramatismo, jergafasia, ecolalia	desorden expresivo del lenguaje de origen central
78	2017	76	F	Ama de Casa	Cardiopatía isquémica revascularizada	No hay alteración del lenguaje	Desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo dentro de la normalidad
79	2017	92	F	Docente	Diabetes mellitus	No hay alteración del lenguaje	Desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo dentro de la normalidad
80	2017	87	M	Comerciante	Diabetes mellitus, encefalopatía	jergafasia, anomias, circunloquio, neologismos, parafasia, fon	Desorden mixto del lenguaje de origen central
81	2017	64	F	Docente	Bronquitis	Incoordinación fonorespiratoria, voz baja, timbre opaco y soplo disminuido.	Diafonía
82	2017	56	F	Ama de Casa	Epilepsia	No hay dificultad del lenguaje	Desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo dentro de la normalidad
83	2017	70	M	Pensionado	Estrangulamiento	No hay problemas de lenguaje	Normalidad en desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo.
84	2017	86	F	Docente	Diabetes mellitus	neologismos, no comprncion palabras, oraciones y de ordenes	Desorden comprensivo del lenguaje de origen central
85	2017	77	M	Agricultor	Neumonía	Disminución soplo respiratorio	Incoordinación fonorespiratoria
86	2017	79	M	Comerciante	Neumonía	Circunloquio, parafasias fonemica, ecolalia	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
87	2017	80	f	Ama de casa	Hipertensión, síndrome de dif. Respiratoria	Disminución de soplo respitorio	Incoordinación fono respiratoria
88	2017	69	F	No reporta	Esofagitis	No hay altercion del lenguaje	Normal desarrollo del lenguaje
89	2017	71	M	Agricultor	ACV isquémico Crisis hipertensiva	Impresion en las palabras	desorden del lenguaje expresivo.
90	2017	71	M	Agricultor	Infección en vías urinarias	Dificultad en memoria	Desarrollo normal del lenguaje.
91	2017	83	M	No reporta	Arritmia cardiaca	Dificultades para expresar palabras. Asociado a pérdida de memoria	Lenguaje normal

92	2017	81	M	Docente	Neumonía	No hay dificultad en lenguaje	Disfagia
93	2017	58	M	Electricista	Enfermedad pulmonar obstructiva	No hay dificultad del lenguaje	Lenguaje dentro de los parámetros e normalidad
94	2017	85	F	Ama de casa	Epilepsia sincrónicas, neumonía	jergafasia, anomias, circunloquio, neologismos, parafasia verb	Desorden mixto de lenguaje de origen central
95	2017	32	M	Bachiller	Esquizofrenia	Normalidad en lenguaje expresivo	Normalidad en lenguaje
96	2017	83	F	Enfermera	ACV isquémico, líquido en los pulmones	No reporta estado del lenguaje	No reporta estado de lenguaje
97	2017	84	M	Oficios varios	Infección urinaria, hipertensión	No hay dificultad en lenguaje	Normal desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo
98	2017	76	F	Ama de casa	Isquemia cerebral transitoria	parafasia, fonemica y verbales	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
99	2017	76	M	Docente	Traumatismo craneal	Sin alteración del lenguaje	Normal desarrollo del lenguaje
100	2017	76	M	Docente	Diabetes Mellitus	Tinnitus, incoordinación respiratoria	Normal desarrollo del lenguaje
101	2017	42	F	Comerciante	Cefalea	No hay dificultad en lenguaje	Normal desarrollo del lenguaje
102	2017	76	M	Docente	Diabetes mellitus	No hay dificultad en lenguaje	Normalidad en habilidades comunicativas
103	2017	63	F	Docente	Neumonía basal	Voz soplada	Disfonía
104	2017	72	M		ACV isquémico	jergafasia, parafasias fonemica	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
105	2017	71	M	No reporta	Crisis asmática	Incoordinación fonorespiratoria	Desarrollo normal del lenguaje
106	2017	75	M	Docente pensionada	diabetes mellitus	No hay dificultad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
107	2017	66	M	Ama de casa	Bronquitis aguda	No hay dificultad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
108	2017	62	M	agricultor	Insuficiencia cardiaca	No hay dificultad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
109	2017	88	F	Ama de casa	Enfermedad obstructiva	No hay dificultad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
110	2017	74	M	Docente	Isquemia cerebral	anomia, parafasias semánticas	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
111	2017	92	M	Docente	Enfermedad pulmonar, insuficiencia cardiaca	Dificultad respiratoria	Desarrollo normal del lenguaje
112	2017	76	M	Docente pensionado	Hipoglucemia Antecedentes de ACV	Anomia, parafasia fon, semántica, neologismos	Desorden mixto lenguaje de origen central

113	2017	48	M	Zootecnista	Diabetes mellitus y ulcera crónica de la piel.	No hay dificultad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
114	2017	82	M	Docente	Diabetes y derrame pleural	No hay dificultad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
115	2017	65	M	Operador de materiales	Hipertensión esencial primaria	Voz roca, timbre rasposo con resonancia laríngea	Disfunción vocal leve
116	2017	65	F	Ama de casa	Neumonía	Timbre opaco	Incoordinación fono respiratorio
117	2017	46	F	Ama de casa	Bronquitis Aguda	Incoordinación fonorespiratoria	Disfonía Leve
118	2017	69	F	Ama de casa	Neumonía, diabetes, y enfermedad pulmonar	Incoordinación fonorespiratoria,	Disfonía leve
119	2017	89	M	Jubilado	Asma y arritmia cardiaca.	No hay dificultad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
120	2017	34	F	Docente	Neumonía	Incoordinación respiratoria,	Disfunción vocal leve
121	2017	59	M	Electricista	Hemorragia subaracnoidea	No hay dificultad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
122	2017	51	M	Fonoaudiólogo	Bronconeumonía no especificada	No hay dificultad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
123	2017	60	F	No reporta	Neumonía bacteriana	Tono agravado, timbre rasposo, resonancia pectoral, ataque vocal fuerte	Disfunción vocal grave
124	2018	94	F	No reporta	Bronconeumonía	Incoordinación fonorespiratoria, timbre rasposo, y resonancia laríngea.	Desorden de voz
125	2018	67	F	No reporta	Bronconeumonía	Soplo disminuido, ataque vocal fuerte	Normalidad en voz
126	2018	72	M	Docente	Bronquitis aguda	Tos, carraspeo, soplo disminuido	Desorden de voz
127	2018	84	F	No reporta	ACV Isquémico	Parafasias fonémicas y verbales	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
128	2018	82	M	Campesino	Neumonía e insuficiencia cardiaca	Voz ronca, inco. Respiratoria	Desorden de voz
129						Incoordinación fon0o respiratoria	
130	2018	80	M	Comerciante	Asma crónica – Epec	Carraspeo, timbre opaco, resonancia laríngea, soplo disminuido...	Disfonía leve
131	2018	72	F	Ama de casa	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Tono agravado, incoordinación fonorespiratoria	Disfonía leve

132	2018	75	F	No reporta	Insuficiencia cardiaca y Disfonía	Timbre opaco, resonancia laríngea ataque vocal fuerte. Insuficiencia respiratoria	Disfunción vocal moderada
133	2018	65	F	No reporta	ACV no especificada.	jergafasia, anomias, circunloquio, neologismos, parafasia semántica y verbal	Desorden mixto del lenguaje expresivo
134	2018	68	F	No reporta	Enfermedad de Parkinson	No hay dificultad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
135	2018	73	F	No reporta	Azúcar alta y neumonía	Tono agravado, soplo disminuido	Disfunción vocal leve
136	2018	80	M	No reporta	Parkinson	No evaluado	No evaluado
137	2018	24	F	No reporta	Cefalea recurrente,	Normalidad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
138	2018	94	F	No reporta	Infección en vías urinarias	anomia. Jergafasia, parafasia fonémica, ecolalias	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
139	2018	42	M	Docente	Rinofaringitis	Normalidad en lenguaje	Desorden de voz
140	2018	41	M	No reporta	Linfoma de holding	Tono rasposo t tono de voz agudo	Disfonía
141	2018	78	M	No reporta	ACV isquémico	Normalidad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
142	2018	74	F	No reporta	Isquemia cerebral transitoria	Normalidad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
143	2018	94	F	No reporta	Anemia y hemorragia digestiva	Normalidad en lenguaje	Desarrollo normal del lenguaje
144	2018	77	F	No reporta	Trastorno hidroelectrolítico e insuficiencia renal	Normalidad en lenguaje expresivo y comprensivo	Desarrollo normal del lenguaje expresivo y comprensivo.
145	2018	66	M	No reporta	Dolor en miembros inferiores	Normalidad en lenguaje expresivo y comprensivo	Desarrollo normal del lenguaje expresivo y comprensivo.
146	2018	79	M	No reporta	Neumonía no especificada, antecedentes de ACV isquémico	No evaluado	No evaluado
147	2018	78	M	Docente	Insuficiencia tricúspide moderada, hipertensión pulmonar	Tono agravado, soplo disminuido, timbre rasposo ataque vocal fuerte.	Desorden de voz
148	2018	74	F	No reporta	Dificultad respiratoria, antecedentes de Alzheimer	jergafasia, anomias, circunloquio, neologismos, parafasia semántica y verbal	Desorden mixto del lenguaje de origen central
149	2018	61	M	No reporta	Arritmia cardiaca e hipertensión	Normalidad en lenguaje expresivo y comprensivo	Desarrollo normal del lenguaje expresivo y comprensivo.
150	2018	87	F	No reporta	Arritmia cardiaca e hipertensión	Normalidad en lenguaje expresivo y comprensivo	Desarrollo normal del lenguaje expresivo y comprensivo

151	2018	82	F	No reporta	Isquemia transitoria, Alzheimer	No repite, parafasias verbales, jergafasia, neologismos	Desorden mixto del lenguaje de origen central
152	2018	81	M	No reporta	Enfermedad pulmonar obstructiva	Soplo disminuido, timbre rasposo ataque vocal fuerte.	Disfonía leve- moderada
153	2018	72	M	No reporta	Enfermedad pulmonar obstructiva	Soplo disminuido, timbre rasposo ataque vocal fuerte.	Disfonía leve- moderada
154	2018	76	M	No reporta	Tumor maligno en pulmones	Normalidad en lenguaje expresivo y comprensivo	Desarrollo normal del lenguaje expresivo y comprensivo
155	2018	61	F	No reporta	Isquemia cerebral transitoria	Anomia	Desorden expresivo del lenguaje de origen central
156	2018	64	F	No reporta	Desmayos recurrentes, perdida de equilibrios, cefalea.	Normalidad en lenguaje expresivo y comprensivo	Desarrollo normal del lenguaje expresivo y comprensivo
157	2018	72	F	No reporta	ACV isquémico	jergafasia, anomias, circunloquio, neologismos, parafasia fon. semántica y verbal	Desorden mixto del lenguaje de origen central
158	2018	18	M	-----	Neumonía aspiratoria y parálisis cerebral espástica	No evaluado por estado de somnolencia	No evaluado
159	2018	61	F	Ama de casa	Celulitis en miembro inferior, asma, bronquitis sobre infectado	Soplo respiratorio disminuido, tono de agravado, timbre rasposo	Disfonía funcional transitoria.
160	2018	84	F	No reporta	Isquemia cerebral y enfermedad de Parkinson	Parafasias fonémicas y verbales, anomia	Desorden expresivo del lenguaje de origen centra
161	2018	77	F	No reporta	Trastorno hidroelectrolítico e insuficiencia renal	Normalidad en lenguaje expresivo y comprensivo	Desarrollo normal del lenguaje expresivo y comprensivo.

Fuente: Elaboración Propia

Anexo F Muestra De Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Adquirido Formato De Síntesis De Datos.

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD CENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGÍA**

Proyecto: Prevalencia de las alteraciones del lenguaje en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una clínica de Sincelejo.

Responsable: Elibeth Vergara Flórez

Fecha

N°	Año	Edad	Genero	Ocupación	Dx medico	Dx fonoaudiológico	C/ticas del lenguaje
1	2015	43	M	Comerciante	Traumatismo intracraneal por coma prolongado. Cuerpo extraño intracraneal	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	anomia, circunloquios, agramatismos,
2	2015	51	F	No reporta	ECV no especificada, Hemiparesia izquierda	Desorden comprensivo del lenguaje de origen central	neologismos
3	2016	67	M	Docente	Infección aguda no especificada de vías respiratoria, tos, disnea, fiebre, Parkinson hace 6 años	Desorden mixto del lenguaje de origen central	anomias, repite, agramatismo, neologismo
4	2016	98	F	Ama de casa	Dificultad respiratoria, Sepsis de origen mixto pulmonar y urinario, Alzheimer	Desorden mixto del lenguaje de origen central	anomias, circunloquios, agramatismos, jergafasia comprensión de palabras
5	2016	75	M	Ganadero	Encefalopatía toxica. Neumonía, Disnea, Alzheimer	Desorden mixto del lenguaje de origen central	jergafasia, latencias, anomias, no repite y circunloquios
6	2016	40	M	No reporta	Meningitis secundaria a TCE	Desorden mixto del lenguaje de origen central	supresión del lenguaje
7	2016	66	M	No reporta	Alzheimer Y Parkinson	Desorden mixto del lenguaje comprensivo de origen central	Anomia, circunloquio, neologismo
8	2016	63	F	No reporta	Enfermedad Cerebrovascular. Parkinson. Rigidez muscular	Desorden expresivo del lenguaje de Origen central	Jergafasia, repite

9	2016	64	F	No reporta	ACV isquémico y demencia.	Desorden expresivo del lenguaje de origen central.	anomia, jergafasia
10	2016	38	M	No reporta	Traumatismo craneoencefálico	Desorden mixto del lenguaje de origen central	jergafasia, latencias, anomias, repite y circunloquios
11	2016	46	F	No reporta	ACV isquémico transitorio, amnesia retrograda	Desorden expresivo del lenguaje de Origen central	Disprosodia, agramatismo
12	2016	82	F	No reporta	ACV no especificada.	Desorden expresivo del lenguaje de Origen central	Habla lentificada, Disprosodia, repite
13	2016	67	M	Docente P	Neumonía, Parkinson	Desorden mixto del lenguaje de origen central	Agramatismo, anomia neologismo
14	2016	27	F	No reporta	Bronconeumonía, Síndrome de Down	desorden expresivo del lenguaje de origen central	Disprosodia y anomia
15	2016	58	M	No reporta	Pioras, hipertensión y enfermedad neurodegenerativa sin	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	supresión del lenguaje
16	2017	39	M	No reporta	Paraplejia por traumatismo medula espinal. Gastrostomía	Desorden expresivo del lenguaje de origen central.	supresión del lenguaje
17	2017	85	M	No reporta	ACV isquémico, Alzheimer	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	anomia, circunloquios, agramatismos,
18	2017	59	F	No reporta	ACV hemorrágico, neumonía,	Desorden mixto del lenguaje de origen central	Anomia, circunloquio, alexia, neologismo
19	2017	95	M	No reporta	TCE trauma craneoencefálico	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	Jergafasia, anomia, circunloquios, agramatismos,
20	2017	79	M	Profesor (retirado)	ACV isquémico	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	anomia, circunloquios, agramatismos, parafasias fonémicas
21	2017	77	M	Ganadero	Embolia y Trombosis	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	anomia, circunloquios, agramatismos,
22	2017	79	M	Conductor	Encefalopatía hepática metabólica secundaria a cirrosis hepática, ACV de	Desorden mixto del lenguaje de origen central	anomias, jergafasia, circunloquio, neologismos

23	2017	56	M	Médico Veterinario	Bronquitis sobre afectada, demencia senil	desorden expresivo del lenguaje de origen central	agramatismo, jergafasia, ecolalia
24	2017	87	M	Comerciante	Diabetes mellitus, encefalopatía	Desorden mixto del lenguaje de origen central	jergafasia, anomias, circunloquio, neologismos, parafasia, fon
25	2017	86	F	Docente	Diabetes mellitus	Desorden comprensivo del lenguaje de origen central	neologismos, no comprensión palabras, oraciones y de ordenes
26	2017	79	M	Comerciante	Neumonía, Antecedentes de tumor cerebral	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	circunloquio, parafasias fonémica, ecolalia
27	2017	71	M	Agricultor	ACV isquémico Crisis hipertensiva	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	parafasias verbales
28	2017	85	F	Ama de casa	Alzheimer, Epilepsia sincromaticos, neumonía	Desorden mixto de lenguaje de origen central	jergafasia, anomias, circunloquio, neologismos, parafasia verbal
29	2017	76	F	Ama de casa	Isquemia cerebral transitoria	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	parafasia, fonémica y verbales
30	2017	72	M	No reporta	ACV isquémico	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	jergafasia, parafasias fonémicas
31	2017	74	M	Docente	Isquemia cerebral	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	anomia, parafasias semánticas.
32	2017	76	M	Docente pensionado	Hipoglicemia, Antecedentes de ACV	Desorden mixto lenguaje de origen central	Anomia, parafasia fon, semántica, neologismos
33	2018	84	F	No reporta	ACV Isquémico	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	Parafasias fonémicas y verbales
34	2018	65	F	No reporta	ACV no especificada.	Desorden mixto del lenguaje de origen central	jergafasia, anomias, circunloquio, neologismos, parafasia semántica y verbal.
35	2018	94	F	No reporta	Infección en vías urinarias	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	anomia. Jergafasia, parafasia fonémica, ecolalias

36	2018	74	F	No reporta	Dificultad respiratoria, antecedentes de Alzheimer	Desorden mixto del lenguaje de origen central	jergafasia, anomias, circunloquio, neologismos, parafasia semántica y verbal.
37	2018	82	F	No reporta	Isquemia transitoria, Alzheimer	Desorden mixto del lenguaje de origen central.	No repite, parafasias verbales,
38	2018	61	F	No reporta	Isquemia cerebral transitoria	Desorden expresivo del lenguaje de origen central	anomia
39	2018	72	F	No reporta	ACV isquémico	Desorden mixto del lenguaje de origen central	jergafasia, anomias, circunloquio, neologismos, parafasia fon. semántica y verbal
40	2018	84	F	No reporta	Isquemia cerebral y enfermedad de Parkinson	Desorden expresivo del lenguaje de origen central.	Parafasias fonémicas y verbales, anomia.

Fuente: Elaboración propia

Anexo H Trastornos Del Lenguaje Expresivo

UNIVERSIDAD DE SUCRE FACULTAD CENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGÍA

Proyecto: Prevalencia de las alteraciones del lenguaje en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una clínica de Sincelejo.

Responsable: Elibeth Vergara Flórez

Fecha

TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO														
AÑO	EDAD	SEXO	ANOMÍA	PARAFASIA			CIRCUNLOQUIO	AGRAMATISMO	JERGAFASIA	ECOLALIA	REPETICIÓN	DISPROSODIA	HABLA LENTIFICADA	SUPRESIÓN DEL LENGUAJE
				FON	SEM	VERB								
2015	43	M	X				X	X						
2016	63	F							X	X				
2016	64	F	X						X					
2016	46	F						X			X			
2016	82	F								X	X	X		
2016	27	F	X								X			
2016	58	M												X
2017	39	M	X				X	X						X
2017	85	M	X				X	X	X					
2017	95	M	X				X	X	X					
2017	79	M	X	X			X	X						
2017	77	M	X				X	X						
2017	56	M						X	X	X				
2017	79	M		X			X			X				
2017	71	M				X								
2017	76	F		X		X								
2017	72	M		X					X					
2017	74	M	X		X									
2018	84	F		X		X								
2018	94	F	X	X					X	X				
2018	61	F	X											
2018	84	F	X	X		X								

Fuente: Elaboración Propia

Anexo I Trastornos Del Lenguaje Comprensivo

UNIVERSIDAD DE SUCRE FACULTAD CENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA

Proyecto: Prevalencia de las alteraciones del lenguaje en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una clínica de Sincelejo.

Responsable: Elibeth Vergara Flórez

Fecha

TRASTORNO DEL LENGUAJE COMPRENSIVO								
AÑO	EDAD	SEXO	NEOLOGISMO	CIRCUNLOQUIO	COMPRESION DE PALABRA	COMPRESION DE ORACION	COMPRESION DE ORDENES	LATENCIA
2015	51	F	X					
2017	86	F	X		X	X	X	

Fuente: Elaboración Propia

Anexo J Trastornos Del Lenguaje Mixto

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD CENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGÍA**

Proyecto: Prevalencia de las alteraciones del lenguaje en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una clínica de Sincelejo.

Responsable: Elibeth Vergara Flórez

Fecha _____

TRASTORNOS MIXTO DEL LENGUAJE																			
AÑO	EDAD	SEXO	ANOMIA	PARAFASIA			CIRCUNLOQUIO	AGRAMATISMO	JERGAFASIA	ECOLALIA	REPETICIÓN	DISPROSODIA	HABLA LENTIFICADA	SUPRESIÓN DEL LENGUAJE	NEOLOGISMO	COMP. DE PALABRAS	COMP. DE ORACIÓN	COMP. DE ORDENES	LATENCIA
				FON	SEM	VERB													
2016	67	M	X								X			X					
2016	98	F	X				X	X							X	X	X		
2016	75	M	X				X	X		X									X
2016	40	M												X	X				
2016	66	M	X				X							X					
2016	38	M	X				X		X	X									X
2016	67	M	X					X						X					
2017	59	F	X				X							X					
2017	79	M	X				X		X					X					
2017	87	M	X	X			X		X					X					
2017	85	F	X			X	X		X					X					
2017	76	M	X	X	X									X					
2018	65	F	X		X	X	X		X					X					
2018	74	F	X		X	X	X		X					X					
2018	82	F				X			X		X			X					
2018	72	F	X	X	X	X	X		X					X					

Fuente: Elaboración propia

