

## Comprensión verbal y pensamiento, en el nivel sensorio-perceptivo del lenguaje, de pacientes con patología neurolingüística y psicógena.

Débora Chiaborelli-Hudelmaier (UNR) y Adriana Delgrosso (ADINA Rosario)

### Introducción

El ítem III del test Metropolitan evalúa el aspecto comprensivo del lenguaje, en el nivel sensorio-perceptivo, por el señalamiento que el paciente hace de un dibujo entre 4 a partir de la descodificación semántica de la consigna verbal brindada bajo la forma de una definición. En dicho nivel, a su vez, se investiga el aspecto del pensamiento que se expresa en los juicios preconceptuales relativos a la aplicación, procedencia, pertenencia y funcionalidad (en el período correspondiente a las edades de cinco a siete años). Estos juicios van formalizándose en definiciones que llevarán a alcanzar el concepto, instancia que permitirá la correcta descodificación. El objetivo de este trabajo es analizar las respuestas dadas por señalamiento, en láminas cuyas definiciones son decodificadas semánticamente y relacionarlas con la edad y la patología. Una patología es la causa que ocasiona un déficit en la evolución y desarrollo del lenguaje, tanto en el aspecto elocutivo como comprensivo con diferente grado de severidad, no su etiología. Se consideran **puras** cuando se encuentra como única causa de déficit (anártricas, afásicas, psicógenas (emocional) y alálicas); **combinadas**, cuando se encuentra como causa de déficit dos o más patologías neurolingüísticas de diferente grado de severidad, neuropsicológicas de las funciones cerebrales superiores y **asociadas** cuando se encuentran como causa de déficit un componente psicógeno sumado a patologías neuropsicológicas o neurolingüísticas con distinto grado de severidad.

### Objetivos

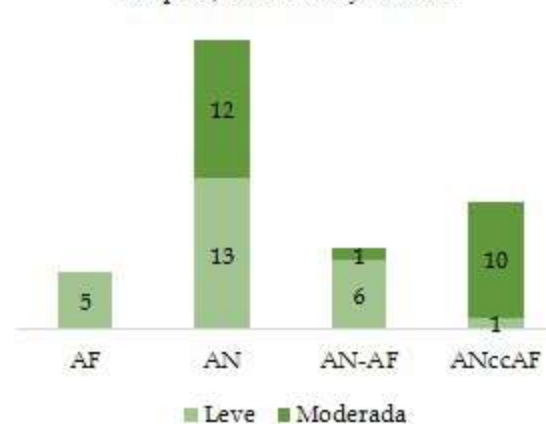
Aportar procedimientos métricos al diagnóstico del lenguaje en niños. Describir los puntajes obtenidos en el ítem III del test Metropolitan bajo la forma de señalamiento y analizar el promedio de aparición de los resultados del aspecto comprensivo del lenguaje y pensamiento según la patología y la edad de los pacientes.

### Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo en una población de fuente primaria conformada por 70 pacientes entre 5 y 9 años ( $X=7$ ), con un 67% de sexo masculino, y con diagnósticos de patologías psicógena y neurolingüística, presentadas en formas pura (62%), asociada (21%) y combinada (17%) que asistieron a un consultorio fonoaudiológico privado de las ciudades de Cañada de Gómez y Rosario en el período de 1985 a 2004. De las neurolingüísticas (puras, combinadas o asociadas), la más frecuente resultó la patología anártrica, tanto leve como moderada, en tanto que la patología afásica se presentó en grado leve.

Edad	PURAS					COMBINADAS			ASOCIADAS					TOTAL
	AF	AN	PS	AL	Sub total	AN-AF	AN c/c AF	Sub Total	AN c/c AF	AN-AF	AF	AN	Sub total	
5 años		5	2	1	8 (0,50)		2	2 (0,12)	2	1	1	2	6 (0,38)	16 23%
6 años		8	6	1	15 (0,71)		2	2 (0,10)		1		3	4 (0,19)	21 30%
7 años	1	4	1	1	7 (0,34)	2	1	3 (0,23)		1		2	3 (0,23)	13 19%
8 años	1	1	7	3	12 (0,75)		3	3 (0,19)			1		1 (0,06)	16 23%
9 años	1				1 (0,25)	1	1	2 (0,50)			1		1 (0,25)	4 5%
TOTAL	3	18	16	6	43 62%	3	9	12 17%	2	3	3	7	15 21%	70 100%

Gráfico 1. Grado de severidad en patología NL pura, combinada y asociada



**Instrumento de recolección de datos:** El ítem III del Test Metropolitan consta de 14 láminas que el paciente señala ante la formulación de consignas verbales. Si bien las edades sugeridas para su aplicación se extienden entre los 5 y los 7 años aproximadamente, en este estudio se ha utilizado en pacientes de mayor edad cuando su aplicación favorecía la obtención de resultados que, en una valoración intertest, favorezcan el diagnóstico diferencial entre diferentes patologías, y también en reevaluaciones. De este test se desconocen baremos. Las láminas aplicadas en estos pacientes se obtuvieron de los seminarios de A.P.I.N.E.P. filial Rosario en el año 1983. En el año 2014, y por las sugerencias hechas en este estudio, la Dra. Geromini reemplazó los dibujos manteniendo las consignas y objetivos de cada lámina.

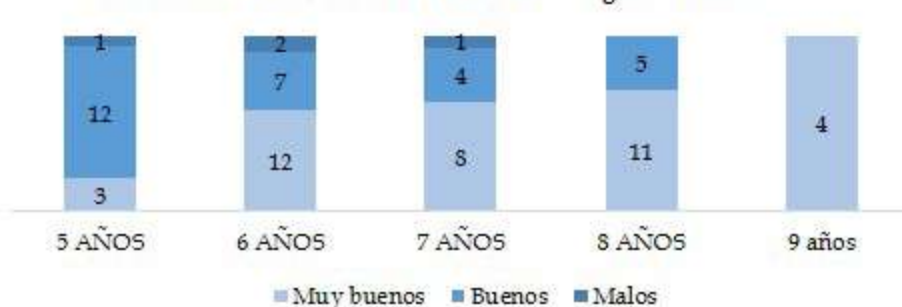
Se analizaron 70 copias de las respuestas, dadas por el señalamiento, en estudios diagnósticos o reevaluación, extraídas de historias clínicas. Se arribó a un resultado cuantitativo, a través de consignar un punto por cada una de las respuestas correctas que dio el paciente en cada lámina, por el señalamiento de la figura correcta, al que se le fue restando 0.25 centésimas en cada una de las facilidades brindadas por la terapeuta cuando hubo dificultades para dar la respuesta. Por último, se sumó el puntaje obtenido ante las respuestas dadas al señalamiento. Estos puntajes se llamaron RESULTADOS y se dividieron en 3 modalidades para facilitar su análisis: muy buenos (11 a 14), buenos (6 a 10.75) y malos (0 a 5.75). Se obtuvieron las medidas de posición estadística para los puntajes y la frecuencia de aparición de los resultados en la población en estudio según su edad y patología. Con los datos obtenidos se confeccionaron cuadros y gráficos, en su mayoría del 100% porque el número de casos incluido en cada modalidad de las variables no era similar.

### Resultados

Los promedios de los puntajes obtenidos en los 70 pacientes mostraron que, de un mínimo de 2 señalamientos correctos a un máximo de 14, los mismos se incrementan con la edad. A los 5 y 6 años, el promedio es **bueno**, aunque a partir de los 6 años los puntajes son **muy buenos** desde la mediana en todas las edades, menos a los 9 años que los tiene desde el mínimo. Todos los segundos cuartiles (del Q1 a la Mna) tienen **buenos** resultados. Muy pocos pacientes obtuvieron resultados **malos** (6%). La mayoría fueron **muy buenos** (54%) y **buenos** (40%). Tal como se ve en el cuadro de los puntajes, el gráfico de los resultados muestra que los **muy buenos** aumentaron progresivamente con la edad aunque con mucha menor frecuencia de aparición a los 5 años y con frecuencia relativa similar en las edades de 6, 7 y 8 años. Los resultados **malos** se observaron solo a los 5, 6 y 7 años, cayendo solo en 4 pacientes.

Edad	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Promedio
5 años	4	7	8,25	10,75	12	8,49
6 años	2	8,75	11	12,75	14	10,10
7 años	5,75	9,25	12	13	14	11,27
8 años	6	8,80	12	14	14	11,17
9 años	12	13	13,38	13,75	14	13,19
Total	2	8,50	11,13	12,75	14	10,37

Gráfico 2. Distribución de los Resultados según la Edad



El gráfico 3 muestra que en las patologías **puras** o **combinadas** no se encontró mayor frecuencia de aparición de resultados **muy buenos**. En tanto que los **buenos** caracterizaron a las asociadas, con presencia de patología neurolingüística y psicógena. En el gráfico 4, de los 43 pacientes con patologías **puras**, la mayoría de las neurolingüísticas presentó resultados **muy buenos**: los 3 casos con patología afásica leve (de 7, 8 y 9 años) y casi la totalidad de las anártricas que eran en igual número casos leves y moderados, casi en su totalidad de 5, 6 y 7 años. En las psicógenas no se encontraron diferencias entre los resultados **muy buenos** y **buenos**, ya que la frecuencia es similar y en patología alálica la mayor frecuencia recayó en los resultados **buenos** aunque también hay uno **muy bueno** y otro **malo** (de 6 años). En síntesis, la progresión que se observa en las patologías puras, en orden de mejores a peores resultados es: neurolingüística, psicógena y psiconeurológica. De los 12 pacientes de patología anártrica y afásica **combinadas**, 7 presentaron resultados muy buenos, 4 buenos y sólo 1 malo (un paciente de 5 años con patología anártrica moderada con componente afásico).

La distribución de los 15 pacientes con patologías neurolingüística (recordemos que con predominio anártrico) **asociada** a psicógena (o viceversa) mostró en los resultados que 5 pacientes obtuvieron resultados muy buenos, 8 buenos y sólo 2 malos (psicógena asociada a patología anártrica pura a los 6 y a los 7 años).

Gráfico 3. Resultados según modalidades de la patología

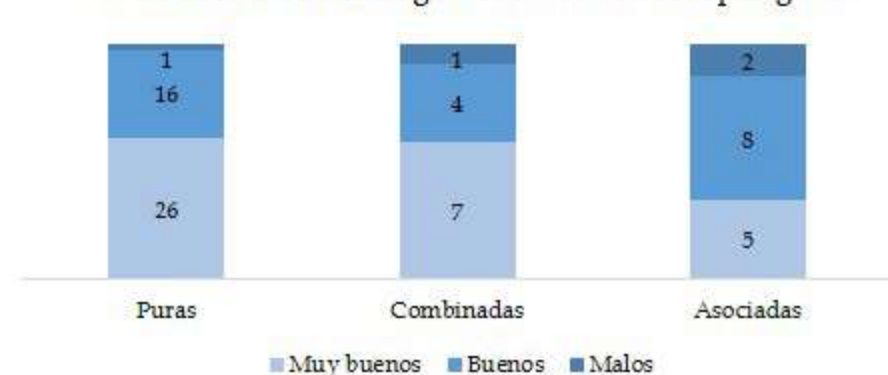
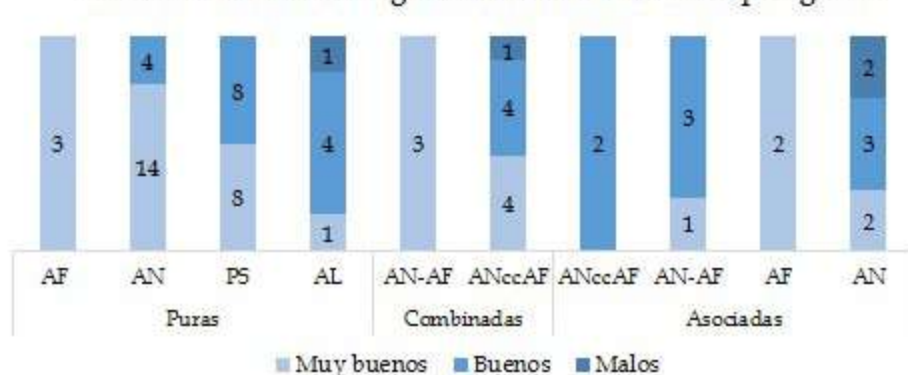


Gráfico 4. Resultados según submodalidades de la patología.



En virtud de los diferentes resultados obtenidos por las patologías NL (puras + combinadas) de los casos psicógenos (emocionales) puros o asociados a patología neurolingüística y psiconeurológica (alálicos), se reagrupan éstas con el fin de observar que los **muy buenos** caracterizan a las patologías anártricas y afásicas puras o combinadas, en tanto que los **buenos** y **malos** a los casos de patología psicógena (puros y asociados) y alálicos.

### Conclusiones

El ítem III del test Metropolitan favorece el diagnóstico diferencial de la patología neurolingüística pura y combinada de la psicógena y psiconeurológica pura o asociada a patología neurolingüística porque no solo evalúa el aspecto comprensivo del lenguaje sino el pensamiento, en el nivel sensorio-perceptivo.

