

SANTOS BORREGÓN SANZ y AGUSTINA GONZÁLEZ CALVO

LA AFASIA

Exploración, Diagnóstico y Tratamiento



PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN	9
PRÓLOGO	11
PARTE I. LA AFASIA. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	15
CAPÍTULO I. Introducción	19
CAPÍTULO II. Precisiones conceptuales y terminológicas	23
CAPÍTULO III. Cerebro y lenguaje	31
1. Sistemas funcionales y lenguaje	33
2. Topografía cerebral. Aproximación a los grandes sistemas funcionales...	36
3. Funciones atribuidas al hemisferio derecho.....	52
CAPÍTULO IV. Teorías de restablecimiento	55
CAPÍTULO V. Tipología y semiología afásica	61
1. Tipología afásica	63
1.1. Afasia expresiva, motora, o afasia de Broca	63
1.2. Afasia receptiva, sensorial, comprensiva, o afasia de Wernicke.....	64
1.3. Afasia mixta	64
2. Clasificaciones más usuales	65
2.1. Afasias expresivas.....	67
2.1.1. Afasias expresivas no fluentes.....	67
2.1.1.1. Afasia de Broca, afasia motriz eferente o cinética	67
2.1.1.2. Afasia motora transcortical o afasia dinámica.....	69
2.1.2. Afasias expresivas fluentes.....	70
2.1.2.1. Afasia de conducción, afasia motriz aferente o cinestésica.....	70
2.1.2.2. Afasia amnésica.....	72

2.2. Afasias comprensivas.....	74
2.2.1. Afasias comprensivas no fluentes.....	74
2.2.1.1. Afasia transcortical mixta	74
2.2.1.2. Afasia global o afasia total	75
2.2.2. Afasias comprensivas fluentes	76
2.2.2.1. Afasia de Wernicke, afasia acústica, afasia sensorial o afasia receptiva	76
2.2.2.2. Afasia sensorial transcortical	78
3. Otras semiologías afásicas de la escuela soviética	79
3.1. Afasia acústico-mnésica.....	79
3.2. Afasia semántica	79
4. Trastornos neurológicos que cursan con cuadros afásicos o bien con disfunciones lingüísticas.....	80
4.1. Síndromes frontales	80
4.2. Desconexión del cuerpo caloso.....	81
4.3. Afasias subcorticales.....	81
4.3.1. Afasia anterior capsular putaminal	82
4.3.2. Afasia posterior capsular putaminal	82
4.3.3. Afasia global capsular putaminal.....	82
4.3.4. Afasia talámica.....	82
CAPÍTULO VI. Síntesis diferencial de los cuadros afásicos	83
PARTE II. PRUEBA DE EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN AFASIAS	91
CAPÍTULO VII. Presentación de la prueba	93
CAPÍTULO VIII. Descripción y significado de los módulos o sistemas a explorar	99
1. La prueba.....	101
2. Módulos o sistemas objeto de la exploración. Análisis y significado de los mismos.....	107
CAPÍTULO IX. La interacción modular o la interacción entre sistemas	127
CAPÍTULO X. Instrucciones generales de aplicación y valoración.....	135
CAPÍTULO XI. Instrucciones específicas de pasación	141

CAPÍTULO XII. Manual de aplicación y evaluación	145
• Anamnesis	147
• Comunicación	148
• Copia	149
• Cálculo	151
• Comprensión auditiva	152
• Comprensión lectora (silente)	157
• Tareas no verbales	162
• Automatismos	163
• Repetición	163
• Dictado	166
• Expresión lectora	167
• Expresión oral	180
• Expresión escrita	172
• Registro de fluencia o no fluencia	173
• Eficacia comunicativa con los términos sí - no	174
CAPÍTULO XIII. Perfiles gráficos e interpretación de los resultados	179
CAPÍTULO XIV. Otras aplicaciones	197
1. Aplicación de la prueba a cuadros de afasia infantil y a disfasia en secuela	199
2. Aplicación de la prueba a los trastornos disfásicos	201
PARTE III. LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	205
CAPÍTULO XV. Aspectos introductorios	207
1. Introducción	209
2. Importancia del tratamiento y primeras orientaciones	212
3. Estado emocional y conducta en el paciente afásico	217
4. Reflexiones respecto al material de tratamiento	222
CAPÍTULO XVI. Principios metodológicos y directrices básicas en la intervención terapéutica	227
1. La comodularidad y aferentización de distintos sistemas funcionales ..	229
2. El análisis de tareas. Punto de arranque para el tratamiento	233
3. La intervención logopédica propiamente dicha. Primeras directrices ...	236
4. Modelo genérico de planificación y programación del tratamiento	241
5. Tratamiento específico en razón del cuadro afásico	247
6. Las dificultades agnósicas y apráxicas	256
7. Técnicas genéricas de intervención	261
8. Sistemas de comunicación no vocal	294

CAPÍTULO XVII. Evaluación y pronóstico	301
1. Evaluación del tratamiento	303
2. Evolución y pronóstico del sujeto afásico	309
2.1. Reflexiones en torno a los períodos críticos en la afasia y disfasia ...	312
2.2. Otros apuntes de interés en relación al pronóstico	313
2.3. Variaciones en el perfil afasiológico y pronóstico	316
2.4. Perspectivas en la reinserción socio-laboral	319
2.5. El caso de los crónicos	320
CAPÍTULO XVIII. Casos prácticos	323
1. Caso práctico número 1	325
1.1. Presentación	325
1.2. Resultados cuantitativos y diagnóstico nosológico	325
1.3. Análisis de datos cuantitativos y cualitativos	338
1.4. Síntesis cualitativa en relación con los módulos o sistemas alterados.	344
1.5. Entrenamiento terapéutico	345
2. Otros perfiles gráficos	356
2.1. Caso práctico número 2	356
2.2. Caso práctico número 3	364
2.3. Caso práctico número 4	369
CAPÍTULO XIX. Conclusiones finales	373
GLOSARIO	375
BIBLIOGRAFÍA	393

PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN

Esta segunda edición responde, como es usual anotar en las reediciones, a una nueva versión revisada y ampliada de la obra.

Respecto a la edición anterior, en la actual hemos procurado perfilar, aún más, las descripciones de los cuadros afásicos a fin de proporcionar un más fácil diagnóstico.

Ligeramente hemos modificado la prueba de evaluación y exploración, si bien, hemos realizado nuevas agrupaciones de los contenidos en pro de una mejor conceptualización del trastorno afásico insinuando, en su caso, exploraciones complementarias que puedan arrojar más luz en la apreciación del trastorno.

Respecto a la evaluación, los resultados de la exploración son tratados con mayor detenimiento buscando perspectivas distintas desde las que descubrir e investigar la raíz del cuadro afásico, sus connotaciones y su rica variedad sintomatológica. Con esta pretensión nos hemos extendido en la reflexión que, desde la práctica logopédica, es viable hacer en torno a los intrincados mecanismos neuropsicológicos que conforman la nueva dinámica procesual en el sujeto afásico.

Siendo el apartado referido a la intervención uno de los contenidos más preciados de la presente obra y, sin duda, el de mayor expectación e interés logopédico, hemos sido prolijos a la hora de describir y reflexionar sobre sistemas y procesos que le permitan al sujeto afásico entrenar la reorganización de las redes lingüísticas o, lo que es lo mismo, la rehabilitación del cuadro afásico.

En este empeño no hemos dudado en aportar métodos, principios, técnicas y sugerencias; pautas todas ellas que, aderezadas con múltiples ejemplos y reflexiones, permitan al logopeda o terapeuta del lenguaje actuar de forma razonada y razonable en sujetos afásicos.

Al hilo de estas pautas de actuación hemos esbozado, cuando así lo creímos oportuno, la posible aplicación de algunas técnicas a otras patologías del lenguaje, de forma especial a los retrasos severos del lenguaje, a la disfasia y a la sordera.

En esta nueva edición hemos considerado, y ello ha sido una constante, la conveniencia de que esta obra fuera eminentemente práctica. A este objetivo hemos tratado de responder con firmeza; si bien, conscientemente hemos rechazado plantear

la intervención al modo de una selección de ejercicios entresacados de un amplio panel con variadas tareas y actividades. Y lo hemos evitado, básicamente, porque consideramos falaz el recurso a los ejercicios si acaso falla el principio, la guía o el objetivo concreto al que ha de dirigirse, permanentemente encauzado, el tratamiento.

El lector puede buscar en esta obra fundamentos teóricoprácticos para programar actuaciones, diseñar directrices, objetivos y metas a las que razonablemente ha de dirigir la actuación logopédica, incluso reflexiones y sugerencias para su necesaria jerarquización. Tras esta fundada selección de criterios, técnicas y objetivos, la intervención, con mayor o menor éxito, es relativamente sencilla. Es más, tras describir el objetivo en el que concentrar el esfuerzo rehabilitador, los ejercicios fluyen, como no podría ser de otra forma, sin esfuerzo alguno.

Por último, confiamos en que esta nueva edición le permita al terapeuta afrontar la rehabilitación de la afasia con el convencimiento y seguridad de que el empeño en reorganizar y reestructurar nuevos sistemas funcionales que propicien la comunicación y el lenguaje conlleva un vasto campo de actuación al que, desde la neuropsicología, neuropedagogía, neuroafasiología y neurolingüística, vale la pena enfrentarse reflexiva y razonadamente. La terapia del lenguaje puede contribuir a ello con métodos, técnicas y pautas de actuación gestadas todas ellas al calor del razonamiento y la reflexión sobre la praxis concreta.

Santos Borregón Sanz. Segovia, año 2000.

Escribir la introducción a un texto tan eminentemente técnico y especializado como es el caso de «La afasia. Exploración, Diagnóstico y Tratamiento» es, sin duda alguna, un difícil reto para una persona profana en la materia.

No obstante, Santos Borregón y Agustina González han realizado un esfuerzo metodológico expositivo y didáctico de tal magnitud, que todos aquellos que se aventuren en la lectura de este documento se encontrarán, al final de la misma con la sensación de haber penetrado, al menos en parte, en ese mundo complejo, difícil, desafiante y apasionante de las afasias o, más bien como los propios autores señalan hasta la saciedad, en el mundo del paciente afásico.

Es quizá en este punto donde aparece la primer impronta de novedad entre las muchas y muy variadas que nos ofrece este trabajo. Los autores se sitúan, como punto de partida, en una posición clave y retadora: en su trabajo rehabilitador, se interesan por alcanzar la comunicación, en sus propias palabras «del y con el paciente afásico».

Teniendo como norte este objetivo, toda la metodología que desarrollan tiene un claro equivalente en el ya antiguo axioma médico de que «no hay enfermedad, sino enfermos», y en cada uno de ellos aquélla se manifiesta de manera distinta y requiere aproximaciones de intervención diferentes y diferenciadas.

Se huye, pues, desde el principio de etiquetas diagnósticas y de las generalizaciones que pueden tener una mayor o menor virtualidad clasificatoria a nivel estrictamente académico o didáctico, pero que se encuentran muy lejos de adecuarse a la realidad de las personas afectadas.

Esto no es óbice para que los autores realicen un espléndido ejercicio de clarificación en el apartado dedicado a las precisiones terminológicas (Parte I, Cap. II), en función de la edad a la que sobreviene el accidente cerebrovascular que origina la afasia y en íntima relación con el nivel de adquisición de lenguaje correspondiente, clarificación ésta eminentemente práctica, que agradecerán sin duda, tanto técnicos en la materia como profanos interesados y que alcanza un magnífico complemento en el apartado siguiente, dedicado a la Tipología afásica (Parte I, Cap. V).

Quede claro entonces que no huyen los autores de las necesarias aclaraciones, definiciones y descripciones tipológicas, sino que lo que intentan en todo momento es inculcar en el lector la idea de que la necesidad de la individualización en la aproximación al paciente afásico tiene su base en la propia afección, «compleja, pluriforme y multimodal», lo que conlleva a que el comportamiento lingüístico de estos pacientes no sea nunca idéntico, aunque las lesiones afecten a una misma área cerebral.

Hecha esta breve aclaración introductoria, resulta más sencillo presentar la metodología que proponen los autores.

En primer lugar, y ésta constituye la segunda novedad de magnitud en este trabajo, nos presentan una «Prueba de exploración y diagnóstico diferencial en afasias», elaborada a partir de años de experiencia práctica en un tratamiento rehabilitador a pacientes afásicos, convenientemente contrastada con un amplio acervo de conocimiento teórico en la materia.

La prueba, eminentemente analítica, presenta, como aspecto auténticamente original, una agrupación en módulos de los ítems que pretenden explorar. Ya habían avanzado los autores que la única síntesis posible de los cuadros afásicos era la síntesis diferencial por módulos (Parte I, Cap. VI) y esta secuencia expositiva está en la línea de la lógica concatenación didáctica con la que han realizado todo su trabajo.

Reafirmando en el criterio de la peculiaridad de cada paciente afásico, en cada ítem se ha buscado una secuencia, acorde con el grado de dificultad de cada tarea, y se han ordenado éstas de menor a mayor dificultad, partiendo de un supuesto de normalidad previa al accidente cerebrovascular y entendida tal normalidad como la correspondiente a la conducta lingüística de cualquier persona de la misma edad y grupo normativo que el paciente.

De esta manera, resulta más sencillo, en la fase de exploración, detectar facultades mermadas y conservadas.

Todo ello conduce a un conocimiento pormenorizado y profundo del paciente, necesario para realizar un adecuado programa de rehabilitación.

Así, en la Parte III, se pasa a describir ya la intervención terapéutica, campo en el que, siguiendo en línea con la concatenación metodológica que presentan, los autores plantean una vez más la necesidad de diferenciar los modelos de tratamiento a impartir, defendiendo en todo caso, la aplicación de Programas de desarrollo individual en el ámbito terapéutico/rehabilitador, programas que habrán de diseñarse en base a los resultados obtenidos de la exploración y que permitan la adecuación entre las técnicas a aplicar y las características específicas del sujeto en cada caso.

Dos serían los ejes sobre los que debería girar la intervención terapéutica: la especial incidencia en los sistemas intactos o no lesionados y la utilización conjunta de diversos sistemas funcionales interrelacionados, de manera que la intervención terapéutica pueda ser múltiple y flexible.

Por último, los autores exponen un interesante caso práctico, donde se explicita la aplicación, en todas sus fases, de la metodología propuesta.

No quisiera terminar esta especie de presentación sin realizar un par de reflexiones filosófico-intuitivas. Iría la primera de ellas en la línea de destacar la lamentable escasez con la que en nuestro tiempo nos encontramos con producciones científicas y metodológicas de la entidad del presente trabajo.

No son propicios estos tiempos para el trabajo callado, la profundización en los conocimientos, la solidez en la argumentación, la constancia y la profesionalidad. Todos estos valores infrecuentes están detrás del trabajo que hoy nos ocupa y, por ello, tenemos que felicitarnos y mostrar a los autores nuestro reconocimiento.

La segunda se escapa por la vía del conocimiento intuitivo, del que son consumados maestros los poetas. Para desarrollar mi idea, necesito volver al principio del trabajo, cuando los autores señalan como su objetivo principal «la comunicación del y con el paciente afásico». Tampoco es un valor al uso en nuestro momento la *comunicación*, aunque vivimos rodeados y bombardeados de y por *información*.

Defender la recuperación de esta capacidad tan intrínsecamente humana en personas que la tienen mermada, en un mundo en el que todos la hemos perdido un poco, es una hermosa tarea.

Por ello quiero terminar con los versos de uno de mis poetas preferidos, Blas de Otero: «Dadme una cinta para atar el tiempo. Una palabra que no se me pierda entre un olvido y un recuerdo».

Madrid, 2 de febrero de 1993.

María de los Ángeles Riesco Sánchez
Adjunta al Director General del Instituto Nacional
de Servicios Sociales (INSERSO)

PARTE I

**LA AFASIA
FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

CAPÍTULO I

Introducción

editorialcepe.es

INTRODUCCIÓN

El tema de la afasia, motivo del presente trabajo, es un tema complejo y a la par estimulante; pero esta complejidad resulta casi inapreciable si la cotejamos con otra en íntima conexión y sin la cual no cobra ningún sentido: El mundo del paciente afásico. Es el contacto con este selectivo, sorprendente y desafiante hándicap el que nos ha impulsado a horadar, un poco más, en vías que hagan posible una reintegración del individuo al mundo de la comunicación.

El quehacer cotidiano nos ha aportado múltiples experiencias; pero, al igual que una celosía no es la simple suma de cristallitos, tampoco esta práctica habría cobrado sentido de no haber estado en todo momento orientada por la permanente teorización, elaboración y verificación de hipótesis, en otras palabras, por una reflexión abierta al descubrimiento de esta compleja realidad llamada afasia.

Del contacto con el individuo surgen la motivación y el objetivo terapéutico, objetivo que se dirige básicamente al logro de un estado de comunicación, al menos funcional, del y con el paciente afásico. Este empeño nos lleva a estudiar con detenimiento al propio paciente y a analizar, a través de hipótesis, la importancia y significado propedéutico de las tareas y respuestas lingüísticas.

Hemos creído necesario iniciar con una exposición resumida sobre el significado del término afasia y sus diversos tipos, con el fin de introducir al lector no iniciado en este campo tan prolijo y desconocido a la par. (*Parte I «FUNDAMENTOS TEÓRICOS»*).

El carácter teórico-reflexivo de la obra se avala, al margen de aspectos conceptuales y clasificatorios, con el estudio experimental «*PRUEBA DE EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN AFASIAS*», objeto de la *Parte II* de esta obra.

Este estudio, al dar unas pautas de exploración diferenciada del comportamiento lingüístico del sujeto con Accidente Cerebro Vascular (A.C.V.), contribuye a la semiología de la afasia y es la base para ulteriores pautas en la actuación, actuación que se aborda en *Parte III «LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA»*.

En este tercer apartado se formulan orientaciones genéricas y se aborda un Programa de Desarrollo Individual teniendo en cuenta la utilización de aferencias intactas (en la línea expuesta por Luria y Tsvetkova 1987) y las llamadas zonas de

desarrollo real y de desarrollo próximo (Vygotski 1979). El programa tiene por objeto determinar los sistemas indemnes que servirán de apoyatura sólida y fundada para «restablecer-reorganizar» otros afectados.

«El estudiar con atención los procedimientos que puedan emplearse para evitar las dificultades surgidas y garantizar la reconstrucción de los procesos violados, abre nuevas vías para formar nuevos modelos de la didáctica experimental»¹.

La interacción con el hombre, antes que con el enfermo, nos ha llevado a una observación atenta y sistemática que nos permite no sólo recabar datos, sino también reflexionar sobre las estrategias utilizadas por el sujeto en la resolución de tareas a fin de actuar pedagógicamente como mediadores, o mejor aún como auténticos remediadores. Igualmente, esta interacción nos ha hecho entender que estamos en presencia de sujetos bien distintos por más que las etiquetas diagnósticas pretendan aglutinar variados trastornos bajo conceptualizaciones semejantes.

Esperamos que este esfuerzo sirva de estímulo a cuantos forman parte del entorno diagnóstico, orientador y «re-habilitador» del paciente afásico, para revisar críticamente técnicas, métodos y ejercicios, evitando una utilización mimética de los mismos, por más que éstos se hallen a nuestro alcance, pues consideramos que el recurso al tanteo experimental deontológicamente sería inaceptable si no va precedido de una serena reflexión apoyada en los datos que el propio hándicap lingüístico proporciona.

Por último, esperamos que este empeño contribuya a mermar, si acaso no a solventar, la discapacidad lingüística del sujeto y la minusvalía a la que, consecuentemente, pueden verse condenados.

1. LURIA A. R. y TSVETKOVA L. (1967), *Recuperación de los aprendizajes básicos. (neuropsicología y pedagogía)*, Madrid.G. Núñez, p.16.

CAPÍTULO II

Precisiones conceptuales
y terminológicas

PRECISIONES CONCEPTUALES Y TERMINOLÓGICAS

Creemos necesario situar, inicialmente y desde un punto de vista teórico-práctico, aquellos términos con los que se alude a los cuadros de disfasia, afasia infantil, afasia residual, y otros relacionados.

El empleo del término A.C.V. con sentido genérico o en sentido amplio, tal como nosotros lo utilizaremos, abarca los traumatismos craneales o craneoencefálicos, tumores, cuadros infecciosos, procesos abiotróficos y degenerativos y otros, cuya etiología es desconocida. Valga decir que al hablar de la afasia nos referiremos de forma general a los trastornos del lenguaje que puedan derivar del «insulto o agresión cerebral».

Operativamente, y desde la habilidad para la comunicación oral, nos parece conveniente reservar el polémico término de disfasia para sujetos cuya edad estaría comprendida entre los cero y los seis años. Sujetos que aún no han adquirido el lenguaje² o bien lo han perdido parcial o totalmente a causa de un A.C.V., en sentido amplio.

Definiríamos, por tanto, la disfasia como:

Trastorno por pérdida, deterioro o disminución de la capacidad o potencialidad comunicativa, afectando de forma específica a los aspectos codificativos y/o decodificativos del lenguaje –verbal y no verbal–, debido bien a una lesión del sistema nervioso central, bien a una disfuncionalidad en los sistemas, áreas o redes cerebrales implicados en el procesamiento lingüístico. El trastorno se halla ligado al periodo comprendido entre los cero y los seis años.

Estarían, por tanto, comprometidas las redes o sistemas cerebrales en los que filogenética y ontogenéticamente se asienta el lenguaje. La etiología del trastorno puede ser variada.

No utilizamos, pues, el término de disfasia para referirnos a afasias parciales o afasias residuales. El uso del término en este último sentido dificultaría aún más una

2. Obviamente la utilización del término lenguaje, referido al periodo de los cero a los seis años, no responde estrictamente a la habilidad para utilizar los distintos códigos lingüísticos, al modo adulto, tampoco a la capacidad de comunicarse mediante el empleo libre y creativo del símbolo lingüístico. El término lenguaje es utilizado aquí para subrayar ese modo genérico de comunicación basado en el empleo de la palabra.

identificación clara del trastorno, máxime cuando se constata la inexistencia de cuadros afásicos o disfásicos puros.

Tampoco utilizaremos el término de afasia congénita como sinónimo de disfasia, a pesar de que las connotaciones comunicativo-lingüísticas en algunos casos puedan ser equivalentes. El término de afasia congénita nos parece un término contradictorio en sí, ya que la afasia implica pérdida del lenguaje, y el término congénito, como opuesto a adquirido, aludiría a una dificultad innata o dificultad que nace con el propio individuo.

La disfasia se enmarca así dentro de los retrasos severos del lenguaje, retrasos que se arrastran más allá de los seis años, no causados por un déficit sensorial, intelectual, motor o de personalidad graves y sí ligados a lesión o disfunción en áreas, redes o sistemas lingüísticos pertenecientes a ese gran sistema neurológico, cual es el Sistema Nervioso Central.

Tal vez el rasgo semiológico más importante en el cuadro disfásico sea la existencia de un perfil en sierra o perfil heterogéneo donde el Cociente Intelectual (C.I.) verbal se muestra disminuido frente al C.I. manipulativo o frente al nivel de y desarrollo y adaptación que el niño posee en autonomía, independencia, relaciones sociales, u otros.

Como pautas de identificación del cuadro disfásico se admiten las siguientes:

Un C.I. verbal situado dos o más años por debajo de lo que corresponde por edad cronológica, un C.I. verbal situado a un 50% por debajo de las expectativas, un C.I. verbal que presente 15 o 20 puntos de diferencia con el C.I. manipulativo o bien un C.I. verbal con dos sigmas de diferencia frente al C.I. manipulativo.

La característica principal de este perfil heterogéneo es el hecho de que el sujeto, aparentemente normal, posee rendimientos normalizados o próximos a la normalidad en algunas áreas presentando en el área del lenguaje un retraso significativo.

Básicamente podríamos distinguir dos tipos disfásicos, aglutinando en ellos los distintos modelos o subtipos: disfasia receptiva-expresiva o disfasia mixta, y disfasia expresiva.

Respecto a los síntomas disfásicos, desde la clínica, hallamos múltiples signos que son en cierta medida semejantes a los que presenta el afásico adulto. Obviamente se ha de hacer la salvedad de que el sujeto disfásico nunca perdió el lenguaje ya que bien no lo adquirió o bien se hallaba en proceso de adquisición.

En cualquier caso creemos que si la lesión o disfunción neurológica afecta a redes, sistemas o áreas en los que se sustenta el lenguaje, las características, aún con múltiples restricciones, habrán de ser semejantes para todo sujeto. De hecho es frecuente hallar en los cuadros disfásicos marcados rasgos de agnosia auditiva, fonémica y verbal, trastornos dispráxicos, merma en la memoria auditiva inmediata, déficit en la programación fonético-fonológica, etc.

- *Disfasia receptiva-expresiva o disfasia mixta.* El diagnóstico se realiza por comparación entre el cociente intelectual verbal frente al cociente intelectual global o cociente de desarrollo principalmente en el área manipulativa, o bien, por comparación entre el cociente intelectual verbal frente al cociente de desarrollo en otras áreas.

En la disfasia receptiva o comprensiva la comprensión y la expresión verbal se hallan disminuidas o son inexistentes. El trastorno cursa con agnosia auditiva–audiomudez–. No existe jerga afásica tal como podría aparecer en cuadros semejantes de afasia en adultos, si bien puede apreciarse la ausencia de dificultades ligadas al ámbito de la articulación. El sujeto no presenta rasgos de inhibición, ni sus mayores dificultades se hallan ligadas a la realización fonético-articulatoria. Al tratarse de un sujeto con déficit comprensivo aparecen trastornos de reducción verbal por déficit lingüístico y un escaso desarrollo fonológico por ausencia de huellas de palabras. El sujeto, aun teniendo pocas palabras, no se inhibe por conciencia del error ni presenta especial dificultad para articular su propia «jerga».

Este tipo de trastorno disfásico se le denomina en la categorización de I. Rapin como déficit fonológico sintáctico³.

- *Disfasia expresiva*. El diagnóstico se realiza, bien como en la disfasia receptiva-expresiva, comparando el C.I. verbal con el C.I. manipulativo; con el C.I. o con el cociente de desarrollo en otras áreas; bien en razón de que el desarrollo comprensivo verbal es significativamente superior al C.I. expresivo.

La comprensión verbal se halla relativamente conservada. En cualquier caso los rendimientos comprensivos verbales serán significativamente superiores a los rendimientos en expresión verbal.

El sujeto es no fluente. La articulación de las palabras es costosa y puede presentar rechazo a este tipo de tareas. En ocasiones el sujeto, aun teniendo en su haber pocas palabras, éstas son inhibidas en razón de las dificultades para su realización. Se presentan dificultades, pues, en la programación fonético-fonológica, en la evocación lexical y en la organización morfosintáctica.

Con el término *Afasia infantil* nos referiremos a los sujetos que presentan A.C.V. en la etapa que llega a los albores del pensamiento y lenguaje formal. Se trata de un *trastorno, por pérdida, deterioro o disminución, de la capacidad comunicativa previamente poseída, afectando de forma específica a los aspectos codificativos y/o decodificativos del lenguaje –verbal y no verbal–, debido a una lesión del Sistema Nervioso Central (S.N.C.), cuya etiología puede ser variada. El término de afasia infantil se aplicaría a sujetos cuya edad se halla comprendida entre los cinco y medio o seis y los 12 años*⁴.

La exploración en afasia infantil puede hacerse, teniendo en cuenta el nivel premórbido del sujeto, al modo en cómo es explorado el sujeto adulto. La exploración en la afasia infantil ha de atenerse, pues, al dominio cognitivo, lingüístico y de aprendizajes previamente en su haber.

3. "RAPIN I. (1987). *Disfunción cerebral en la infancia. Neurología. cognición. lenguaje y conducta*, Barcelona. Martínez Roca, pp. 185-199.

4. Al margen de que el término infantil clínicamente aluda al periodo que inicia en torno a los cinco y medio o seis años. creemos que es importante tomar en cuenta la edad de referencia de los tres o cuatro años en razón de las múltiples habilidades comunicativas que, en el ámbito de la oralización, posee el niño a esta edad.

Conviene observar que en la etapa de los seis a los doce años se adquiere gradualmente un preciso dominio del código verbal escrito. la lectoescritura.

La Afasia de adultos aludiría a sujetos que sufren A.C.V. a partir de los 12 años pudiendo presentar alteraciones más o menos graves en el lenguaje.

Otros conceptos tales como afasia residual o secuela afásica no creemos que precisen explicación adicional pues se trata en suma de cuadros afásicos de mayor o menor gravedad. En cuanto al término de afasia incompleta lo eludimos por considerar que, desde esta perspectiva, aludiría sin más a un cuadro benigno de afasia.

No usaremos, por tanto, el término de disfasia como afasia parcial, al igual que tampoco lo haremos con el término de dislexia o disgrafía para referirnos a pérdida parcial de la capacidad de lectura o escritura y lo hacemos así, por tratarse de cuadros con entidad nosológica bien distinta.

Pasamos a continuación a referirnos al término común de afasia.

Etimológicamente el término afasia proviene del griego *a-phásis* y viene a significar privación de la palabra, entendiéndola en su sentido menos constrictivo, es decir, privación no sólo de la palabra como lenguaje, sino del lenguaje como comunicación.

Cara a una definición más descriptiva, podríamos usar dicho término para aludir al:

«Trastorno del lenguaje que tiene como características esenciales el aparecer como consecuencia de una lesión del sistema nervioso central y en un momento en que el lenguaje existía ya en el individuo que padeció la afección cerebral⁵».

O bien para indicar:

«El trastorno, defecto o pérdida de la facultad de expresión, hablada, escrita o mímica, a causa de una lesión de los centros cerebrales; imposibilidad, por consiguiente, de comprender las imágenes receptoras (auditivas y escritas) de la palabra y de encontrar las imágenes motoras y gráficas de la palabra, aun conservándose las funciones de los aparatos periféricos sensoriales (vista y oído) y motores (mano, lengua, labios, etc.)⁶».

Podríamos describir esta perturbación como:

Trastorno, por pérdida, deterioro o disminución, de la capacidad comunicativa previamente poseída, afectando de forma específica a los aspectos codificativos y/o decodificativos del lenguaje –verbal y no verbal–, debido a una lesión del Sistema Nervioso Central (S.N.C.), cuya etiología puede ser variada.

Nos encontramos, por tanto, ante lesiones o disfunciones en las redes vías o sistemas responsables del procesamiento lingüístico verbal y no verbal. Estas lesiones o disfunciones dan lugar a alteraciones en la comprensión y expresión o bien sólo en la expresión afectando al lenguaje y a la comunicación; si bien no necesariamente la comprensión del entorno o comprensión del contexto van a hallarse igualmente comprometidas. Digamos que se trata de un déficit lingüístico y comunicativo, pero

5. RONDAL J. A. y SERON J. (1988). *Trastornos del lenguaje. I. Lenguaje oral, lenguaje escrito, neuro-lingüística*. Barcelona. Paidós, vol. 1, pp. 207-209.

6. DICCIONARIO (1981). *Diccionario terminológico de ciencias médicas*. Madrid, Salvat. 11 ed.

no cognitivo ni intelectual, a pesar de que en muchas ocasiones sea inviable la valoración de los rendimientos e incluso la obtención de resultados positivos.

Una característica común a los cuadros disfásicos y afásicos es la presencia de aprendizajes o dominios heterogéneos y dispares, característica ésta que constituye un rasgo de diagnóstico diferencial frente a los sujetos con retraso madurativo o mental.

En los trastornos afásicos raramente hallaremos la codificación o decodificación alteradas o conservadas de forma aislada o en forma pura. Nada extraño por otra parte si tenemos en cuenta que salvo en algunos casos, por lo general en lesiones traumáticas, el «insulto cerebral» afecta a zonas muy amplias con lo que los posibles «engramas» del lenguaje, en una u otra vertiente, pueden verse alterados.

La afasia es en suma, una reducción o privación que afecta al procesamiento lingüístico verbal y no verbal. Se trata de una afección compleja, pluriforme y multimodal que, a pesar de comprometer a parámetros lingüísticos comunes, se individualiza de forma tal que es raramente homologable de un paciente a otro. Es más, en el aspecto estrictamente neurológico y más concretamente en su vertiente topográfica puede darse, con aparente contradicción, una inamovilidad anatómica de la lesión junto a una evolución psicolingüística y/o motora positiva. Estos mismos hechos nos llevan a afirmar que nunca dos sujetos afásicos van a presentar un comportamiento lingüístico idéntico a pesar de que la lesión, topográficamente, afecte a una misma área cerebral.

La afasia se mostrará, así, con una variada sintomatología. Desde cuadros en los que puede apreciarse la existencia de pensamiento sin comunicación, a otros en los que podría hablarse de pensamiento sin lenguaje verbal o bien de pensamiento sin palabras. Bien es verdad que en las formas clínicas menos severas y con menor compromiso podríamos hallar tan sólo discretas secuelas articulatorias o lectoescritas, secuelas que en modo alguno impedirían la comunicación.

El hecho de que en algunas formas de afasia exista un pensamiento sin lenguaje verbal es lo que hace que en gran medida podamos establecer ciertos paralelismos entre el sujeto afásico y el sujeto sordo. De hecho, con frecuencia, en el trastorno afásico no sólo se pierde el nombre de las palabras, sino que también se ignora si realmente algunos elementos tienen o no nombre, de ahí que el sujeto afásico pueda, en ocasiones y tal como le ocurre al sujeto sordo, tratar de buscar un término verbal aun cuando éste pueda ser inexistente.

Si se nos permite un símil parece como si el cerebro, al modo de un ordenador, recibiera la orden permanente de hallar una palabra inexistente en un determinado archivo o directorio, el ordenador no cesaría en la búsqueda de la misma aun cuando el resultado fuera infructuoso. En otras ocasiones, cuando el compromiso es menor el sujeto trata de localizar la forma precisa en la que se realiza una palabra. En este último caso llevará a cabo tanteos por proximidad o cercanía semántica o fonética.

Cuando la pérdida de los términos verbales no es tan radical podemos apreciar cuadros en los que han sido ocultadas palabras de forma aparentemente poco se-

lectiva, o bien han desaparecido las huellas fonético-fonológicas necesarias para la producción de las mismas. Así, por ejemplo, parecen esconderse aquellas palabras que hacen referencia a verbos o a términos que refieren acción o bien reaparece la palabra cuando se le facilita la primera sílaba del término a nombrar. Por poner un ejemplo, un determinado paciente que percibe un conjunto de ocho elementos o el dígito ocho, puede no conseguir oralizar la palabra *ocho*, si bien, de inmediato, puede realizar dicho término si acaso se le facilita la sílaba inicial «o».

En los cuadros afásicos también se halla comprometida la propia lectura y escritura. En algunos casos las vías lectoras parecen haber redibujado nítidamente una doble ruta, ahora impracticable. Generalmente, y en la mayoría de los cuadros afásicos o mejor aun aléxicos, persiste una cierta lectura al modo global y se aprecia la imposibilidad de una lectura por la ruta fonético-fonológica. Este hecho repercutiría en otras actividades tales como la escritura al dictado o en la repetición.

Líneas atrás mencionamos la existencia de ciertos paralelismos entre el sujeto afásico y el sujeto sordo respecto a la inexistencia de términos verbales. En ambos casos no existirían las palabras como precisos términos verbales a oralizar, siendo preciso crear o recrear dichos términos pues, en el caso de la afasia habrían desaparecido y en el caso de la sordera nunca habrían existido. A ello hemos de añadir que, para ambos trastornos, será preciso forjar o recomponer un sistema que permita el procesamiento de palabras y sonidos, sistema que podríamos etiquetar, sin duda alguna, como proceso de desmutización.

En cualquier caso podemos afirmar, como ya hiciera Gardner (1987), que el daño cerebral es altamente selectivo y que cada paciente con daño cerebral constituye «un experimento único en la naturaleza».

El cerebro del paciente afásico, antes normal, refleja ahora un modo distinto de funcionamiento en referencia a tareas antes no comprometidas. Las áreas, redes o sistemas, ahora disminuidos, refieren por una parte aquellas funciones que son propias del individuo sano y, por otra, expresan la nueva readaptación neuronal en el individuo con A.C.V.

En íntima conexión con cada historia, con cada biología y con cada biografía, el sujeto afásico va a presentar peculiaridades de aprendizaje y de procesamiento en muchas ocasiones dispares. Es frecuente hallar habilidades y dificultades en el procesamiento de la información que parecen referir cómo el cerebro parece funcionar a modo de amplias redes, sistemas o áreas mutuamente interconexiónados. Estas redes o sistemas son los responsables de determinadas funciones cognitivas, lingüísticas y comunicativas, funciones que se distribuyen por amplias zonas cerebrales, al margen de que determinadas áreas presenten una mayor especificidad para algunas funciones.

La especificidad de las áreas o centros y la asignación concreta de funciones no es uniforme ni presenta una misma morfología en todos los individuos. Sirvan como ejemplo de esta disparidad de sistemas los siguientes apuntes extraídos del comportamiento lingüístico y comunicativo de sujetos afásicos. Algunos de estos comportamientos son igualmente apreciables en sujetos disfásicos. En cualquier caso

se trata de individuos en quienes se halla preservada la percepción visual y auditiva así como las habilidades grafomotrices.

Sujetos que señalan, pero no nombran, es decir, que en parte comprenden pero no denominan.

Sujetos que nombran, pero no señalan. Se trata de individuos que son capaces de etiquetar imágenes, si bien no consiguen señalar las imágenes cuando son nombradas por el interlocutor.

Sujetos que pueden nombrar o evocar el término verbal que corresponde a una imagen y, sin embargo, no pueden reconocer la palabra nombrada entre las, por él mismo, producidas. El sujeto nombraría la imagen pero no sería consciente de haberla nombrado ya que la palabra podría haberse producido entre otras con las que compartiría ciertas similitudes fonéticas y fonológicas.

Sujetos que hablan, pero no entienden. –Expresión sin comprensión–.

Sujetos que entienden, pero no hablan.

Sujetos que pueden repetir y no señalar.

Sujetos que no consiguen asociar la palabra oída con la imagen visual y, sin embargo, asocian la palabra escrita con dicha imagen. Sujetos que, por tanto, pueden señalar cuando la vía de entrada de información es escrita, pero no cuando es auditiva.

Sujetos que pueden escribir y, sin embargo, no pueden leer, ni tan siquiera lo escrito, y esto afectando tanto a la lectura oral como a la silente. En este caso la escritura parecería realizarse de forma automática, al margen de la mediación lectora.

Sujetos que por el contrario consiguen leer pero no pueden escribir.

Sujetos que realizan una lectura fluida en modo silente, pero no pueden leer en voz alta.

Sujetos finalmente, que pueden leer de forma global, identificando palabras y, sin embargo, no pueden realizar copia diferida de palabra alguna, es decir, sujetos que en ausencia de trastorno motor, sólo podrían escribir una palabra realizando un dibujo de la misma letra a letra.

En otros sujetos, el nivel subcortical o el propio hemisferio no dañado propiciarían emisiones espontáneas; mientras que la producción cortical, directa, consciente y voluntaria podría no estar en modo alguno disponible. Estos sujetos podrían oralizar palabras en determinados contextos y a la par se mostrarían incapaces de repetir la palabra recién oralizada.

Parece en suma que, en lo referente a las lesiones cerebrales del tipo atasia-difasia, habría una gran variedad de síntomas y formas clínicas basadas en disfunciones del tipo agnósico y apráxico, alteraciones que afectan a los sistemas que proveen información verbal: agnosia visual, agnosia auditiva, agnosia propioceptiva, etc. A ello se añadiría la pérdida específica de huellas verbales, pérdida que no sólo significaría un ocultamiento de las palabras sino también una privación o ausencia de las mismas.

Tan rica variedad clínica confirmaría la validez de las siguientes presunciones:

Existen genuinas correlaciones entre trastorno lingüístico y áreas, sistemas o redes neuronales comprometidas.

Estos sistemas desarrollan una alta especialización ligada a determinadas áreas cerebrales, sin con ello significar que estas áreas ejerzan una especialización funcional en exclusividad.

Los sistemas o redes funcionales presentan a su vez cierta independencia entre sí.

El sujeto afásico, en múltiples ocasiones, aún con una intencionalidad comunicativa palpable, se vería abocado a buscar infructuosamente términos verbales inexistentes. La rehabilitación no siempre se enfrentaría a la recuperación de estas huellas a través de sistemas relacionados sino que, en muchas ocasiones, será preciso crear nuevas huellas y recrear nuevas redes de forma estable.

A estos primeros inconvenientes ligados a la creación de nuevas huellas verbales habría que añadir la dificultad inherente a la complejidad de los términos verbales. En general, todo sujeto afásico va a presentar mayores dificultades en las palabras más complejas y de mayor longitud. Estas mismas dificultades, ligadas a la memoria auditiva inmediata y a la memoria a corto plazo, van a hacerse presentes con relación a la frase.

De forma simplificada podríamos decir que básicamente las dificultades del sujeto afásico en referencia a la comunicación verbal, en sus modos oral o escrito, van a ser las siguientes:

- Dificultad para procesar comprensivamente –codificar y/o decodificar– la información verbal.
- Dificultad para retener la información verbal, aun cuando el sujeto sea ya capaz de procesarla. Dificultades éstas que aumentarían en la medida en que el material verbal es de mayor complejidad.
- Dificultad para evocar de forma precisa, organizada, estructurada y en tiempo breve la información verbal.

La funcionalidad-disfuncionalidad cerebral reflejaría, pues, que estamos no sólo ante un experimento único, sino también ante un experimento complejo y difícilmente explicable desde un punto de vista localizacionista incluso en perspectiva lingüística.

Así por ejemplo, uno de nuestros pacientes no señala imágenes nombradas, lo que parece apuntar hacia cierto grado de agnosia visual o auditiva; sin embargo, el sujeto señala dichas imágenes si se le proporciona campo semántico. Este hecho nos haría descartar la agnosia visual como eje del déficit, para centrarnos de nuevo en la posible agnosia auditiva para las palabras; pero, curiosamente, el sujeto que es capaz de repetir señala algunas sílabas o palabras escritas cuando estas son nombradas. Este último apunte indicaría que existe cierta conservación de la capacidad de lectura al menos global, asociando la sílaba o palabra oída con el referente escrito. El problema en suma parecería apuntar hacia dificultades en las conexiones auditivas y su hilazón con las representaciones visuales en modo imagen pero no en modo texto. Llegando a esta conclusión cabría preguntarse, en realidad ¿existe un área cerebral o sistema específico para estas concretas tareas o conexiones?

L A obra que presentamos, es eminentemente práctica.

Va dirigida a quienes se enfrentan al diagnóstico de las diversas tipologías afásicas, a quienes abordan la exploración de las funciones lingüísticas mermadas o conservadas y a quienes tienen el difícil reto de la tarea recuperadora.

La obra se subdivide en tres partes. La Parte I, presenta un compendio sobre las características más sobresalientes en los cuadros afásicos, facilitando así el diagnóstico de los distintos modelos fisiológicos.

La Parte II, se dirige hacia la exploración del lenguaje y de la comunicación. A este fin se ha elaborado una prueba que permite determinar las funciones lingüísticas mermadas o conservadas. Esta exploración viene acompañada de atentas premisas e hipótesis sobre el significado de los módulos y de las respuestas del sujeto.

La Parte III, se orienta hacia una inversión consecuente con la exploración. Se evita el recurso a las generalidades aplicadas al tratamiento y se elabora, en línea con la exploración habida, una metodología de intervención aplicable a otras actuaciones y un diseño o programa concreto de tratamiento.

Por último un glosario hace asequibles términos frecuentes en la tarea reeducadora.



CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR Y ESPECIAL

**GENERAL PARDIÑAS, 95
28006 MADRID - ESPAÑA**

**Tels.: 91 562 65 24 •  717 77 95 95
clientes@editorialcepe.es / editorialcepe.es**