

INVESTIGACIONES LINGÜÍSTICAS SOBRE LA AFASIA

Ruth LESSER



Editorial Médica y Técnica, S.A.

X Prólogo

de cursos universitarios sobre patología y terapia del lenguaje. En particular, el reciente interés por la afasia que han demostrado algunos lingüistas y psicólogos, integrados en equipos propios o bien en alguno de los centros de investigación mencionados, han dado como resultado toda una serie de investigaciones de orientación lingüística que han sido recogidas como información por revistas, pero que aún no están al alcance del público. Sería conveniente la aparición de recensiones de dichos trabajos, lo que proporcionaría referencias accesibles sobre los nuevos enfoques en el estudio de la afasia, muy útiles para los estudiantes y profesionales de la patología del habla, psicología, lingüística, neurología, medicina, rehabilitación y terapia.

El presente libro proporciona una revisión de tales investigaciones. Y es, hasta donde puedo conocer, la primera revisión (no una simple recopilación de trabajos) sobre este tema, corriendo el albur de dos posibles deficiencias: en primer lugar, una interpretación excesivamente idiosincrásica; en segundo lugar, la posible existencia de nuevos datos que, dada la aceleración que últimamente están recibiendo los estudios sobre la afasia, puedan dejar viejos a los aquí aportados como prueba. El primer peligro he intentado reducirlo extendiendo al máximo el campo tratado; el segundo resulta inevitable, y en verdad su misma presencia sirve para dar ánimos.

Para situar en perspectiva esta revisión, he dedicado los dos primeros capítulos de este libro a la descripción de las bases: el capítulo 1 subraya, para esclarecimiento de los estudiantes de lingüística, los fundamentos médicos y clínicos de la afasia; el capítulo 2, en cambio, proporciona, a los clínicos sin formación lingüística las nociones de lingüística que resultan relevantes para el estudio de la afasia.

Debo mostrar mi agradecimiento a varias personas por su ayuda en la confección de este libro: investigadores de varias partes del mundo que me enviaron copia de sus artículos o de sus pruebas de imprenta, y cuyos trabajos forman el grueso de este libro; a mi padre, Joseph Hird, que tradujo muchos de tales trabajos; así como a Jean Cooper, David Crystal y John Pellowe, cuyos comentarios mejoraron considerablemente el borrador inicial. Durante la incubación de este libro, la Universidad de Newcastle upon Tyne me facilitó sus instalaciones y ayuda económica durante tres años, concediéndome una ayudantía de psicología. Debo dar también las gracias a Joyce Mitchell, del Royal Victoria Infirmary, en Newcastle upon Tyne, quien me introdujo en la afasiología, y a Marianne Watt por su ayuda al corregir las pruebas.

Sin olvidar tampoco a mi esposo, David, y a nuestros hijos, Piers, Tristram, Giles, Juliet y Tamsin, que participaron en la confección de este libro dándome ánimos y tiempo para poder escribirlo.

R. L.

Índice general

Prólogo a la edición española , por Dr. Jordi Peña i Casanova	V
Prefacio general	VII
Prólogo	IX
Glosario de términos	1
1. Interpretaciones de la afasia	5
Definiciones: el elemento neurológico	5
Definiciones: el elemento lingüístico	9
Análisis clínicos de la afasia	14
Términos clasificatorios	16
2. Lingüística y afasia	27
Enfoques lingüísticos	30
Fonología	34
Sintaxis	38
Semántica	43
3. Dicotomías lingüísticas	51
Selección y combinación	51
Competencia y actuación	58
4. Las actuaciones en la afasia	69
Trastornos de funciones primarias	69
Disfunciones superiores secundarias a, o asociadas con, trastornos lin- güísticos	71
Disfunciones superiores relacionadas con lesiones externas al área del lenguaje	72
Reducción generalizada de la eficiencia tras una lesión cerebral	76
Proceso serial	79
Niveles funcionales	83
5. Relaciones semánticas en la afasia: asociaciones, campos y rasgos	89
Trastornos semánticos centrales y restringidos	93
Asociaciones	97

Alexia: alteraciones adquiridas de la lectura.

Alófonos: variantes distintas de un mismo fonema, sin cambiar su carácter distintivo (por ej., la /p/ aspirada y no aspirada en inglés). [En español, por ej., la *b* oclusiva de *tumbo* y la fricativa de *tubo* son alófonos del fonema /b/.]

Anomia: reducción de la capacidad de recordar nombres (de objetos, etc.) en el uso habitual del habla.

Apraxia: alteración de los movimientos voluntarios e intencionales que no puede ser atribuida a defectos o debilidad musculares.

Asimbolia: incapacidad de asociar significados con una o más clases de símbolos.

Connotación: significado emocional y afectivo.

Córtex cerebral: capa exterior de los dos hemisferios cerebrales, formada por células nerviosas, sus interconexiones y células de sostén.

2 Glosario de términos

de unidades lingüísticas distintivas de una lengua. (Véase nota al pie de la pág. 35.)

Etic: término abstracto de las palabras inglesas *phonetic* (= fonético) y *graphetic* (= grafético) y que hace referencia a la descripción de los fenómenos físicos del habla y de la escritura, sin tomar en cuenta su función. (Véase nota al pie de la pág. 35.)

Fonema: unidad distintiva mínima de sonido en una lengua (por ej., /pito/ está formada por cuatro fonemas que pueden ser aislados por conmutación, mediante su múltiple contraste con otros homólogos: /rito/, /kito/, /pato/, /pino/, etc.).

Fonética: disciplina que estudia el funcionamiento de los órganos fonatorios, las propiedades acústicas de los sonidos y su producción y percepción.

Gramaticales, palabras: palabras que no vehiculan significados léxicos plenos, pero tienen significado gramatical (por ej., artículos, preposiciones, verbos auxiliares).

Hemianopsia (Hemianopía): ceguera parcial que afecta a la mitad del campo visual.

Hemicampo, visión de: técnica usada en los experimentos psicolingüísticos, en la que los materiales son mostrados a sólo una de las dos mitades del campo visual (izquierda o derecha), siendo registrados, por tanto, por sólo uno de los dos hemisferios cerebrales.

Hemiplejía: parálisis de uno de los lados del cuerpo.

Infarto: área de tejido muerto por la obstrucción de una arteria terminal.

Inflexión: sufijo añadido a la raíz de una palabra para determinar su significado gramatical (por ej., la inflexión *-aba* añadida a la raíz de *terminar* en el pretérito imperfecto, *terminaba*).

Lexema: elemento semántico común que subyace a todas las variantes de una misma palabra (por ej., la invariante común de *cantó*, *cantaba*, *cantante*, *cantata*, etc.).

Morfema: mínima unidad distintiva de significado en una lengua, pudiendo distinguirse dos tipos: morfemas *libres* (por ej., *casa*, *pera*) y *ligados* (por ej., la inflexión de plural, realizada en sus diversas formas /s/, /es/).

Neologismo: palabra novedosa que no aparece en el diccionario de una lengua.

Neurolingüística: estudio de las relaciones entre el lenguaje y su base neurocerebral.

Paradigmático: que hace referencia a las relaciones entre formas que pueden ocupar el mismo lugar en la estructura de una lengua (por ej., las diferencias y similitudes entre /capa/ y /tapa/, o entre *los caballos sudan*, *los hombres transpiran*, *las señoras exudan*).

Parafasia: producción errónea de palabras, o producción de palabras inadecuadas (véase cuadro 10, pág. 226, para las subclases de parafasia y sus ejemplos).

Perseveración: repetición patológica de respuestas correspondientes a estadios anteriores.

Semántica: disciplina que estudia el sistema de significados de una lengua.

Sintagma: unidad sintáctica, frase.

Sintagmático: que hace referencia a las relaciones entre unidades lingüísticas que forman secuencias lineales (por ej., el contraste entre /pito/ y /rito/ es de tipo sintagmático).

Sintaxis: disciplina que estudia la disposición de las palabras y sus relaciones mutuas dentro de las frases.

Sustantivo: palabra que posee el significado léxico principal en una oración (nombres, verbos, adjetivos, adverbios).

Editorial cepe.es

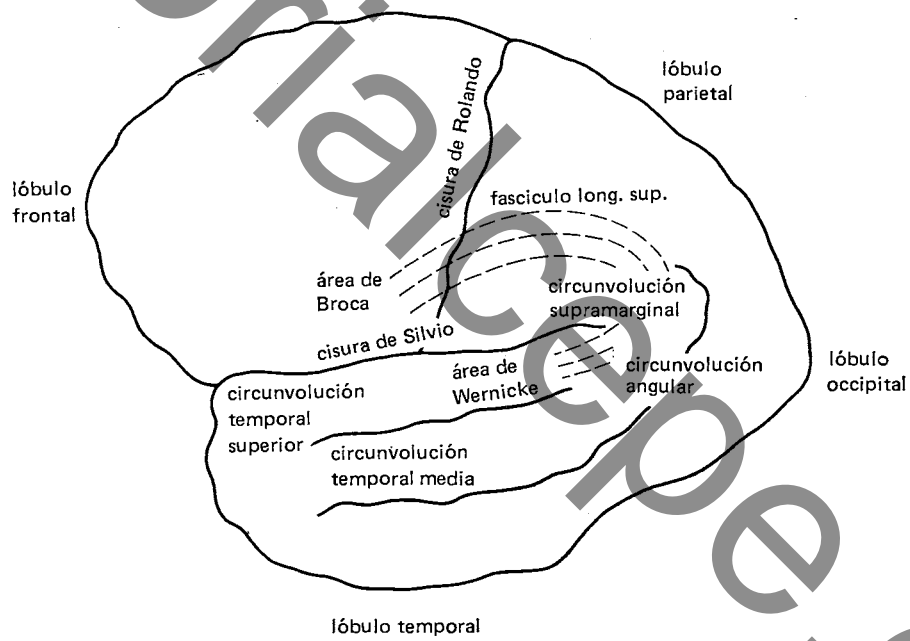


Fig. 1. Hemisferio cerebral izquierdo del hombre, visto por su cara lateral: estructuras corticales asociadas con el lenguaje.

Interpretaciones de la afasia

Una de las consecuencias de las lesiones ocurridas en el cerebro humano puede ser la distorsión del lenguaje, que se conoce con el nombre de *afasia* (o *disfasia*, ya que, según la práctica histórica y habitual, ambos términos pueden ser usados como intercambiables). No existe aún una definición universalmente aceptada de la afasia, a pesar de los más de cien años que han venido dedicándose a su estudio sistemático. Tal vez esto no debe sorprender, puesto que se trata de un área sobre la cual las especulaciones son más abundantes que el conocimiento; la organización mental del lenguaje y las relaciones entre esta organización y la función cerebral. Durante las últimas décadas, sin embargo, una pacífica revolución ha venido a acelerar el estudio de la afasia. Dicha revolución se produjo como consecuencia de la aplicación de las ideas tomadas de la lingüística a la investigación y análisis de los casos de afasia, y ha llegado en el momento presente a un estadio en el que se hace preciso revisar algunos de los cambios en la interpretación de la afasia que han surgido como resultado de tales investigaciones lingüísticas, lo que precisamente constituye el propósito de este libro.

No obstante, a fin de poder situar dichos cambios en perspectiva, tenemos que empezar por tomar en cuenta las principales teorías actuales acerca de la afasia. Esto constituye el tema del presente capítulo.

Definiciones: el elemento neurológico

El término afasia será empleado en este libro para hacer referencia tan sólo a los trastornos del lenguaje adquiridos, esto es, aquellos trastornos que han surgido como resultado de algún tipo de lesión cerebral en individuos que hasta entonces habían sido hablantes y oyentes normales de su propio idioma. No incluiremos, por tanto, en esta denominación a aquellos niños que se describen a veces como padeciendo una «afasia de desarrollo» —es decir, aquellos que no adquieren el uso del lenguaje a la misma edad y del mismo modo que los demás niños—. Aunque podemos aprender mucho de posibles estudios paralelos sobre la adquisición del lenguaje, tanto normal como distorsionado, y sus perturbaciones después de una lesión cerebral, tales niños presentan problemas prácticos muy dis-

6 Interpretaciones de la afasia

tintos a los de los adultos que de manera repentina han sufrido algún tipo de interrupción en el funcionamiento de su sistema lingüístico. Afasia es un término médico, y parece preferible no incluir bajo dicho término a aquellos niños que carecen de razones médicas conocidas por las que su desarrollo resulte no ser conforme con el amplio espectro de la normalidad. Para sus terapeutas y maestros dichos niños presentan problemas de tipo educativo y psicológico y, normalmente, no de tipo neurológico. Existen también, por supuesto, niños que han padecido algún tipo de lesión cerebral, una vez han adquirido o han dado ya signos de haber adquirido su lengua correspondiente. Al igual que los adultos, los niños también pueden sufrir lesiones cerebrales como consecuencia de accidentes de tráfico, tumores o accidentes vasculares. Pero, al revés que los niños con «afasia de desarrollo», éstos generalmente recuperan el lenguaje que han perdido, a menudo de manera rápida y sin intervención específica, a pesar de los daños sufridos en el tejido cerebral. El «sistema alámbrico» (o cualquier otra inadecuada analogía que se quiera establecer) en el cerebro para el lenguaje parece ser capaz de repararse por sí mismo de un modo que no es en absoluto habitual en los niños infradotados en cuanto a su potencial lingüístico. Aunque se han realizado estudios sobre niños con afasia adquirida, el presente libro se limitará a revisar los estudios realizados con adultos.

Existe un acuerdo general en todas las definiciones sobre la afasia en lo referente a un hecho: la afasia es consecuencia de una lesión focal y no general del cerebro. Ello significa que las distorsiones del lenguaje que aparecen, por ejemplo, en los casos de demencia o de esquizofrenia, no son de tipo afásico, puesto que no pueden ser relacionadas con lesiones focales, si bien en algunos casos el daño focal puede ser amplio. Puede tratarse, en algunos casos, de una lesión que afecte a todo el córtex de un hemisferio, como ocurre cuando se suprime éste para extirpar un tumor o para reducir una epilepsia aguda. O puede ser una lesión focal tan extensa como la que aparece en un tipo de afasia, *el aislamiento del área del lenguaje*, cuyo ejemplo más conocido es el que se produce como consecuencia de una intoxicación con monóxido de carbono (Geschwind y Kaplan, 1962). La justificación de que este tipo de lesión sea descrito como focal es que la privación de oxígeno afecta primeramente a las áreas del cerebro donde terminan las ramificaciones de las principales arterias cerebrales, en las zonas limítrofes o «divisorias de aguas» entre arteria y arteria. Consecuentemente, una reducción en el aporte de oxígeno puede dar como resultado áreas focales de lesión entre dichas zonas.

Las causas más comunes de lesión focal que conducen a la afasia, sin embargo, son los accidentes cerebro-vasculares (*ACV* o *ictus*), golpes en la cabeza con traumatismo externo (en caídas, accidentes de tráfico o heridas de guerra) y la cirugía empleada para extirpar tumores. Dentro de estas causas es práctica común hacer distinciones más amplias. En las heridas de la cabeza, una primera clasificación es la que se establece entre las *cerradas*, en las que el impacto puede haber producido tanto o más daño en el lado opuesto del cerebro, debido al contragolpe, y las heridas *abiertas*, en las que el lugar de la herida es mucho más claro. Los ictus pueden distinguirse entre sí, según que el accidente o accidentes

vasculares se hayan producido en la parte del cerebro irrigada por una de las dos carótidas o por el sistema arterial vertebro-basilar. La afasia duradera se produce como resultado de los accidentes vasculares ocurridos en el territorio de las carótidas. Una ulterior distinción es la que se establece entre ictus que surgen del bloqueo de una arteria (debidos a la acumulación de tejido graso en las paredes de la misma y/o al alojamiento de un trombo circulante) y los que se producen como consecuencia de la rotura de una arteria. Con las actuales técnicas de diagnóstico, la determinación absoluta de una u otra de estas dos causas sólo puede hacerse en muy reducido número de casos (véase Held, 1975; Oxbury, 1976). Los más claros síntomas afásicos —más claros en el sentido de que afectan a los aspectos selectivos del lenguaje más que a la producción de grandes deterioros de tipo general— son probablemente el resultado de lesiones embólicas (con coágulo) que se producen en pacientes de corta edad, que, por otra parte, tienen un cerebro sano, excepto en aquel área irrigada por una arteria cuyo conducto ha quedado bloqueado. Pero tales pacientes suelen ser una minoría, y es práctica corriente fundar las teorías sobre la afasia en estudios de grupos que no solamente incluyan diferentes tipos de lesiones, sino también otras varias etiologías. Una de las interpretaciones sobre la afasia supone una excepción: la clasificación de Luria (véase págs. 20-22), basada fundamentalmente en los exámenes a los soldados rusos con heridas de guerra en la cabeza, y otros pacientes que habían sufrido intervenciones quirúrgicas.

No se sabe con certeza hasta qué punto la etiología es un factor importante en la naturaleza de las afasias. Cuando los grupos de pacientes se estudian en su conjunto, la etiología está relacionada con la edad: los pacientes que presentan trastornos del lenguaje como consecuencia de ictus tienden a ser de más edad que los que presentan heridas de cabeza o que se han recuperado de tumores, demostrándose así que la edad es un factor importante en la naturaleza de las afasias y en sus pautas de recuperación, debido a que la edad afecta a la capacidad de la parte sana del tejido cerebral para compensar el daño. No obstante, existen indicios de que distintos tipos de etiologías pueden dar lugar a diversos tipos de afasia totalmente independientes. El grupo de sujetos devenidos afásicos tras padecer heridas de la cabeza cerradas presentaban sólo los tipos de afasia descritos como afasia de Wernicke y afasia amnésica, sin presentar en cambio afasia motora (estos términos serán brevemente analizados más adelante) (Heilman, Safran y Geschwind, 1971). Geschwind (1974, pp. 502-3) ha indicado que algunos de los síndromes no se presentan cuando ha habido heridas de proyectil como las estudiadas por Luria; la *sordera verbal pura* ocurre sólo cuando una lesión profunda ha dejado a salvo la superficie cerebral; la *alexia pura* (dificultades de lectura sin dificultades de escritura) aparece como consecuencia de una interrupción del riego sanguíneo de la arteria cerebral posterior izquierda, que ha dejado desconectadas áreas del cerebro; y el *aislamiento del área del lenguaje* es el resultado del tipo especial de lesión al que ya hemos hecho referencia. Por otro lado, Green (1969a) ha observado que las claves fonéticas para el inicio de palabras resultan de gran ayuda para aquellos pacientes afectados de lo que Luria ha llamado *afasia semántica* sólo si el daño es debido a un tumor y no a enfermedades vascu-

8 Interpretaciones de la afasia

lares. Se da, por tanto, entre los investigadores, una creciente tendencia a distinguir entre etiologías, restringiendo sus observaciones en cada caso a sólo un tipo de pacientes.

Sin embargo, no son solamente las distintas causas de la afasia y la edad de los pacientes los que pueden complicar los hallazgos. Hay además otros factores que influyen en la naturaleza de la afasia. De particular importancia es el grado de lateralización del habla en uno de los hemisferios del cerebro. Muchos estudios han demostrado que, en la mayor parte de los individuos, una de las dos mitades del cerebro —generalmente la izquierda— se halla mucho más implicada en el control de los mecanismos del habla que la otra. Ello guarda cierta relación con el predominio de una de las manos, sin que claramente sea siempre ésta la misma mano: un 98 % de los individuos diestros muestran un predominio del hemisferio izquierdo para el habla, pero sólo un 60 % de los zurdos muestran como hemisferio especializado este mismo. Consiguientemente, la gran mayoría de los pacientes afásicos muestran lesiones focales en el hemisferio izquierdo. Aunque los individuos zurdos pueden llegar a convertirse en afásicos tras una lesión en el hemisferio derecho con más facilidad que los diestros, tienen en cambio más posibilidades de recuperarse rápidamente, tal vez debido a que su habla no está tan fuertemente lateralizada. La situación se complica por el hecho de que la dominancia manual no siempre se plantea como una elección absoluta entre izquierda y derecha. Existen grados de preferencia en el uso de las manos; y los experimentos de lenguaje llevados a cabo por los psicólogos comparando a individuos que tienen zurdos entre los miembros de su familia con los que no los tienen sugieren que puede haber rasgos genéticos ocultos que afectan a la lateralización del lenguaje (Lieberman, 1974). Ésta es una de las muchas razones por las que una herida en la misma parte del cerebro puede tener diferentes efectos sobre el lenguaje en dos personas distintas.

Además de la edad, la lateralización y la etiología, otras de las influencias sobre la naturaleza de los síntomas afásicos que se han propuesto son la inteligencia, el nivel educativo y el grado de habilidad lingüística pretraumática.

Destaca por su ausencia, en esta lista, el sexo, a pesar de las diferencias conocidas en la habilidad lingüística que se aprecian entre niños y niñas de corta edad. La razón de esto puede ser simplemente que se ha considerado más sencillo estudiar la afasia entre los hombres que entre las mujeres debido a la mayor incidencia media entre los primeros (los hombres tienden a sufrir más accidentes vasculares en las edades en que la investigación de las funciones del lenguaje es aún posible, así como a estar más expuestos a las heridas traumáticas), y debido a que los hombres suelen ser más accesibles en los hospitales donde se han llevado a cabo los principales estudios sobre la afasia, como los Veterans Administrative Hospitals en EE. UU. En consecuencia, hasta la fecha no existen estudios comparativos relevantes entre la afasia de los hombres y de las mujeres. Por todas estas razones, el paciente «típico» que suele aparecer en las investigaciones lingüísticas sobre la afasia puede caracterizarse como (anteriormente) culto, diestro, de unos cincuenta años, que ha sufrido un ictus de origen incierto en su hemisferio cerebral izquierdo.

Definiciones: el elemento lingüístico

Existe, por tanto, un general acuerdo en que una parte de la definición de la afasia debe hacer referencia a lesiones focales conocidas en el córtex cerebral, cuya zona crítica está probablemente localizada en una extensa área central del hemisferio izquierdo. Los desacuerdos surgen cuando se entra en la descripción de la naturaleza de la afasia y qué trastornos lingüísticos deben ser incluidos bajo dicho término. Halpern (1972, p. 3) define la afasia como «una perturbación multimodal del lenguaje debida a lesiones cerebrales. Se trata de una deficiencia lingüística que hace que el individuo encuentre dificultades en la comprensión y/o formulación de los símbolos del lenguaje». Eisenson (1973), tras revisar toda una serie de definiciones sobre la afasia, desde el siglo XIX en adelante, extrae de ellas dos puntos de consenso: que las personas afásicas dan muestras en determinados estadios de un deterioro en la captación y producción de secuencias verbales, y que las implicaciones afásicas se expresan mejor en términos de probabilidad reducida de la producción o la comprensión de dichas secuencias más bien que en términos absolutos. La definición que Eisenson finalmente propone es: «la afasia es un deterioro del funcionamiento lingüístico en personas que han sufrido lesiones cerebrales localizadas, las cuales dan como resultado una reducción de la probabilidad de que los individuos implicados en una situación comunicacional puedan producir o comprender las adecuadas formulaciones verbales» (p. 26). Tanto Halpern como Eisenson en sus definiciones ilustran uno de los problemas básicos que plantea la definición de la afasia —la de si debe ser considerada como un deterioro del lenguaje y la comprensión o como un deterioro del lenguaje o la comprensión—. La historia del estudio de la afasia ha dado como resultado una situación en la que, por un lado, la afasia, como veremos, necesita ser definida como multimodal (esto es, afectando a las cuatro modalidades de la conducta lingüística: habla, comprensión auditiva, escritura y lectura) y, a la vez, debe ser descrita en términos de una distorsión del habla o de la comprensión auditiva. Nada puede sorprender pues que aquellos que llegan al estudio de la afasia con la mirada fresca, procedentes de otra disciplina, encuentren semejante situación totalmente anómala, y que los afasiólogos de formación lingüística dediquen una buena parte de su tiempo a la resolución de esta anomalía.

Para entender cómo ha llegado a crearse esta situación, debemos observar que hasta fecha muy reciente sólo se ha dispuesto de un marco para la descripción de la afasia: el de las modalidades del lenguaje. Los datos neurológicos sobre la anatomía y la dinámica de las funciones del cerebro no son hasta la fecha lo suficientemente seguros como para permitir una completa descripción de la afasia en términos neurodinámicos. De manera similar, los modelos psicológicos de la organización mental del lenguaje se hallan insuficientemente desarrollados. En consecuencia, el único marco en el que los afasiólogos pueden confiar es obviamente el de la conducta observada en las distintas modalidades del lenguaje. En ciertos aspectos se trata de un marco bastante ajustado. Puede observarse que determinadas lesiones cerebrales aparentemente selectivas afectan

10 Interpretaciones de la afasia

a la capacidad de hablar (*disartria*) o de leer (*alexia pura* o *alexia sin grafía*), mientras las restantes capacidades permanecen intactas. Existe un acuerdo casi general sobre el hecho de que la disartria deteriora únicamente «la actualización o realización del componente fonológico del lenguaje» (Whitaker, 1976, p. 430), en otras palabras, que se trata de un trastorno articulatorio del habla que no implica otros aspectos del lenguaje. La mayor parte de las clasificaciones de la disartria se fundan en la distinción de zonas a las que afecta la lesión en el cerebro (cerebelo, ganglios basales, núcleos de los nervios craneales y sus axones de los músculos articulatorios, o en la inervación de dichos núcleos a partir de las zonas motrices corticales) —véase Darley, Aronson y Brown (1975) y Whitaker (1976). Pero existe asimismo una creencia generalizada sobre el hecho de que, debido a que en la disartria sólo una modalidad del lenguaje —el habla— resulta afectada, esto la convierte en un trastorno distinto de la afasia. La alexia pura, por otra parte, suele describirse como «afasia pura» (Goodglass y Kaplan, 1972; Goodglass y Geschwind, 1976), aun cuando los mismos que utilizan este término lo interpretan como una desconexión de la entrada visual de la lectura con relación al área del lenguaje del hemisferio izquierdo, que sin embargo deja intacta el área del lenguaje como tal (Geschwind, 1965). Otros trastornos aislados, que afectan sólo a la comprensión auditiva verbal (*sordera verbal pura*) o a la escritura (*agrafia pura*), están mucho peor documentados y su existencia misma es controvertida (véase, no obstante, Hécaen, 1972).

Debido a la primacía en el lenguaje de las dos modalidades que constituyen la comprensión auditiva y el habla, algunos afasiólogos discuten si este tipo de trastornos pueden producirse sin consecuencias secundarias que afecten a las otras modalidades. En algunos de los pocos casos recogidos de sordera verbal pura ha podido reconocerse que con anterioridad el paciente presentaba signos de trastornos lingüísticos más generales; en otros estudios, la «pureza» del síndrome se pone en duda debido a que los métodos de examen del trastorno no han sido los adecuados. Luria (1970) y Hécaen (1972) describen tipos de afasia en los que las deficiencias en la comprensión auditiva se atribuyen a la deficiente realización del análisis de los sonidos del habla, unidas a deficiencias adicionales en las restantes modalidades. Otras teorías de la afasia, por decirlo brevemente, hacen del deterioro de la comprensión el factor clave de todos los tipos de afasia, rechazando ulteriores complicaciones sensorio-motrices que afecten a los mecanismos necesarios para el habla, la lectura y la escritura como de carácter esencialmente no afásico.

Existe una controversia específica sobre si los trastornos articulatorios que aparecen como consecuencia de las lesiones corticales deben ser o no descritos como afásicos. Aunque las lesiones en el córtex motor primario pueden dar lugar a disartrias de tipo no afásico, otras lesiones en las zonas adyacentes pueden dar como resultado perturbaciones en la producción del habla que son de diferente naturaleza a las que se manifiestan en la disartria, y a las que se ha dado los nombres de *apraxia del habla*, *apraxia verbal* o *dispraxia verbal*. En semejantes condiciones, los trastornos del habla no pueden atribuirse a dificultades elementales en el control de los músculos usados en la articulación, dado que dichos

músculos funcionan normalmente cuando se los requiere para otros propósitos que no sean los del habla, tales como puedan ser la deglución refleja y la tos. La dificultad parece manifestarse a niveles superiores, en la coordinación intencional de los movimientos específicos del habla. Las opiniones se dividen a la hora de considerar la apraxia del habla como una forma de afasia o no. Algunos investigadores arguyen que se trata de un trastorno que afecta exclusivamente a un instrumento o medio del lenguaje, y que tal medio es de primordial importancia para el sistema primario, convirtiendo indiscutiblemente dicha apraxia del habla en una forma de afasia. Otros, en cambio, dicen que se trata esencialmente de un problema de incoordinación neuromuscular, por más que de nivel superior, que sin embargo no afecta a otros aspectos del lenguaje: requiere una terapia distinta de la de la afasia y por tanto no debe ser clasificada como una afasia. Volveremos a hablar de esta controversia en el capítulo 8 (págs. 193-198).

Muchas de las dificultades que plantea la definición de la afasia proceden de la anomalía inherente que obliga a caracterizar la afasia como un trastorno central del lenguaje que tiene repercusiones en todas las demás modalidades del lenguaje, sin que por el momento se disponga de un marco de análisis que permita describirlo sin hacer referencia a dichas modalidades. Si éste es por el momento el único marco disponible, los diversos tipos de afasia sólo pueden distinguirse entre sí como grados de deterioro relativo de cada una de tales modalidades. Si éste es el único marco disponible, los diversos tipos de afasia sólo pueden distinguiendo entre habla y comprensión auditiva. Esto ha dado como resultado un insatisfactorio callejón sin salida de las interpretaciones de la afasia. Por un lado, se reconoce que los pacientes afásicos presentan un trastorno lingüístico fundamental, y por otro las clasificaciones se basan en la necesidad de suponer que el habla y la comprensión auditiva son diametralmente opuestas. Los pacientes resultan ser o *expresivos*, dotados de un flujo de habla restringido y una buena comprensión, o *receptivos*, dotados de un ilimitado flujo de habla y una comprensión deficiente. Existen variantes de dicha terminología: motores/sensorios, emisivos/impresivos, codificadores/descodificadores, etc. Este tipo de clasificación habitualmente se establece mediante baterías clínicas formales de los tests sobre afasia, que de manera sistemática encaminan al paciente por el sendero de las modalidades del habla, la lectura para comprensión, la escritura y la comprensión auditiva. En la mayor parte de las valoraciones de este tipo, la investigación no intenta buscar rasgos comunes de conducta dejando a un lado las modalidades como indicadores de un tipo central de trastorno, sino que se dirigen directamente a buscar signos que indiquen los diferentes grados de deterioro de las diversas modalidades. Se observa así una tendencia, derivada de las citadas baterías, a subrayar el enfoque modal, haciendo hincapié ya sea en la escritura o en los ejercicios de comprensión.

Se reconoce desde hace tiempo que la distinción estricta de las afasias en expresivas y receptivas resulta insostenible, si se excluyen de la definición de afasia los trastornos «puros», es decir, los que afectan a una sola modalidad. La afasia se reconoce primordialmente en los individuos por los trastornos del habla que éstos presentan; sin este signo llamativo, la afasia suele quedar sin

12 Interpretaciones de la afasia

diagnosticar. En realidad, tanto Wernicke en su día, como un siglo más tarde Geschwind, deploraban el hecho de que ciertos tipos de pacientes afásicos recibieran a menudo diagnósticos equivocados debido a que, a primera vista, su habla parece ser totalmente correcta. Y, correlativamente a esto, se admite que los pacientes afásicos diagnosticados como «receptivos» muestran rasgos anormales en su habla, mientras que los pacientes afásicos «expresivos» no muestran de manera tan obvia sus deficiencias en la comprensión auditiva, debido a que este tipo de comprensión resulta mucho más difícil de examinar que la expresión del habla. El habla, es evidente, puede ser grabada: la comprensión auditiva, no. Los aspectos lingüísticos de la comprensión son generalmente difíciles de distinguir de sus aspectos extralingüísticos, como puedan ser, por ejemplo, la comprensión intelectual, así como de las claves gestuales y sociales contenidas en el lenguaje. El examen de la comprensión lingüística auditiva, por tanto, debe ser necesariamente formalizada y estructurada con ayuda siempre de otro hablante, mientras que el habla puede ser analizada a distintos niveles de formalización y espontaneidad.

Existe también el problema de si hay que incluir o no en la afasia expresiva a aquellos pacientes con apraxia del habla que no muestren en los tests ningún tipo de deterioro en su comprensión auditiva. Según las preferencias teóricas de cada investigador, puede demostrarse que ciertos afásicos expresivos no presentan problemas de comprensión, o incluso que dichos pacientes no pueden considerarse afásicos puesto que su comprensión permanece intacta.

Los pros y los contras de la clasificación de la afasia según los síndromes de modalidad han ido sucediéndose a lo largo de todo un siglo. Las primeras descripciones detalladas de la afasia (esto es, los estudios de la misma en un cierto número de pacientes, no meramente los casos anecdóticos), tales como los de Broca en Francia, hacia 1860, y los de Jackson en Inglaterra, durante la década de 1890, comentaban ya la preservación de la comprensión y del intelecto, en los casos de afasia tan agudos que los pacientes habían perdido casi por completo el habla. Se propuso entonces que la facultad del «lenguaje articulado» (el habla) se hallaba alojada en el hemisferio izquierdo, mientras que la comprensión, al ser mucho más automática, afectaba al hemisferio derecho o incluso a ambos hemisferios. Cuando Wernicke observó que había algunos pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo que respondían de manera inadecuada a las preguntas que se les hacían, a pesar de conservar aparentemente intacta la facultad del lenguaje articulado y hablaran con fluidez, dedujo que, tal vez, habían perdido una parte de su comprensión auditiva debido a la destrucción de las imágenes sonoras de ciertas palabras. De tales observaciones surgió la dicotomía entre afasia con dificultades de comprensión y afasia sin tales dificultades.

Esta dicotomización de la afasia no fue universalmente aceptada. Un compatriota de Broca, Marie (1906), estableció con firmeza que todos los afásicos tenían trastornos de comprensión, que él consideraba como de nivel central y no limitados solamente a nivel de comprensión auditiva. La afasia, de hecho, era para él un trastorno del intelecto. «Si tuviera que dar una definición de la afasia, el factor que me vería obligado a subrayar sería la disminución de la inteligencia»

(1906, traducción 1971, p. 54). E ilustraba su tesis describiendo a un cocinero profesional que, años después de convertirse en afásico, intentara escalfar un huevo poniendo mantequilla sobre la yema del terriblemente mal partido huevo, en vez de fundir la mantequilla primero y luego poner el huevo sobre ella. No eran, según él, las dificultades en la articulación del habla las que configuraban la afasia, sino las dificultades de comprensión, siendo por tanto la verdadera afasia el tipo descrito por Wernicke. Las dificultades en la articulación podían experimentarse por igual con y sin afasia, siendo la afasia de Broca una combinación de tales dificultades de articulación con afasia. La fórmula clara y concisa de Marie era pues la siguiente:

Afasia de Broca = Afasia de Wernicke + anartria.

La creencia de que la afasia implica necesariamente a la inteligencia ha tenido sus defensores a lo largo de todo el siglo de existencia que la afasiología tiene en su haber. En la polémica *sensualistas/espiritualistas* que tuvo lugar a finales del siglo pasado, la interdependencia de lenguaje y pensamiento fue arduamente debatida, defendiendo los sensualistas la idea de que sin lenguaje el pensamiento resultaba imposible, y los espiritualistas la de que el pensamiento tenía una existencia espiritual independiente. Cuando un eminente fisiólogo, Lordat, sufrió lo que probablemente no era más que un ictus leve y perdió temporalmente tanto la capacidad del habla como la rápida comprensión de la misma, se aferró a su conservada capacidad para analizar dicho desorden y considerarlo como prueba de la naturaleza espiritual del pensamiento y de su independencia con respecto del lenguaje. Otros, sin embargo, arguyeron (y esto aún en 1969, en un artículo de Bay) que el trastorno de Lordat no podía ser una verdadera afasia, ya que en ésta se da necesariamente también una distorsión del pensamiento. Goldstein (1948) fue uno de los más conocidos defensores de la idea de que la afasia, cualesquiera que fueran sus manifestaciones superficiales, aparece unificada en medio de su diversidad por una pérdida intelectual común. Contemplaba esta pérdida en términos de una cierta incapacidad para el pensamiento abstracto, permitiendo sólo una capacidad para el aquí y el ahora. Otros afasiólogos, no obstante, sin llegar a mantener que la afasia sea un desorden intelectual que deje deteriorada la comprensión en dicho sentido, han argumentado que todos los adultos afásicos comparten una incapacidad común que suelen describir como deterioro de la comprensión verbal más que de la comprensión intelectual. Por su parte, Head (1926, p. 547), aun reconociendo la habitual oposición entre habla y comprensión dentro de las clasificaciones contemporáneas, protestó de su inadecuación: «Aunque los defectos producidos por lesiones orgánicas del cerebro caen de manera natural dentro del tipo de desórdenes relacionados con la formulación verbal y el reconocimiento defectuoso de los significados, no podemos dividir las manifestaciones de la afasia de acuerdo con estas dos categorías en dos grupos mutuamente excluyentes. Ya que es el uso del lenguaje en su conjunto el que siempre, de una manera u otra, queda más o menos afectado...». Una reciente y entusiasta defensora de la naturaleza unitaria de la afasia ha sido la doctora Schuell (Schuell, Jenkins y Jiménez-Pabón, 1964), quien, a partir de sus investigaciones sobre un

14 Interpretaciones de la afasia

amplio número de casos bajo valoración y tratamiento en Minnesota, ha llegado a la conclusión de que las dificultades sensorio-motrices relacionadas con las modalidades específicas eran esencialmente extrañas a los trastornos específicos comunes a los adultos afásicos. El carácter específico de dichos trastornos se manifiesta, según ella, en la reducción de la comprensión verbal, el vocabulario y la memoria verbal que todos los pacientes muestran. Los síndromes superficialmente diferentes de las afasias pueden explicarse por el hecho de que la afasia «simple» puede ir acompañada o no de diversos tipos de complicaciones sensorio-motrices en las perturbaciones del habla, la escritura o la visión.

A pesar de los intentos por subrayar la naturaleza unitaria de la afasia y el carácter esencialmente extraño de los trastornos articulatorios que a veces aparecen acompañando a la afasia y otras de manera independiente, la división de las afasias en dos clases fundamentales ha seguido manteniendo su atractivo. Los términos que designaban estas dos clases, expresiva y receptiva, eran tan cómodos que resultaban difíciles de excluir. Weisenburg y McBride (1935, p. 465), en el primer estudio que empleó pruebas estándar sobre un número relativamente amplio de pacientes afásicos (unos 60), llegaron a la conclusión, como ya lo había hecho Head, de que las afasias expresivas son «trastornos lingüísticos que implican mucho más que la simple formulación y expresión verbales», considerando no obstante los términos «expresiva» y «receptiva» como «extremadamente satisfactorios en su conjunto». Y si, como ya hemos visto, no existe marco alternativo que no haga referencia a las modalidades del lenguaje en el análisis de las afasias, hay que decir igualmente que los citados términos referidos a la afasia y sus conceptualizaciones concomitantes tienen grandes probabilidades de persistir.

El desarrollo de investigaciones clínicas estandarizadas sobre la afasia mucho más rigurosas, siguiendo el precedente de Weisenburg y McBride, ha conducido a una variante mucho más sofisticada del citado marco. Variante que establece distinciones adicionales dentro de la modalidad del habla, tomando en cuenta la naturaleza de los estímulos mediante los cuales el habla se desencadena. Distingue así un tipo de habla consistente en la denominación de objetos (o dibujos), un habla que imita el habla del examinador (repetición) y un habla «espontánea», esto es, provocada por medio de la conversación o mediante la descripción de acontecimientos (generalmente la descripción de acontecimientos suele inferirse de un dibujo). De esta manera se ofrecen dimensiones adicionales para distinguir los distintos tipos de afasia, si bien, de nuevo, se trata de dimensiones conductistas de las modalidades más bien que de dimensiones propias que pudieran mostrar diferencias cualitativas en el trastorno central.

Análisis clínicos de la afasia

Las baterías formales de tests usados para el diagnóstico de la afasia se fundan en su totalidad en el marco de las modalidades. El Test de Minnesota para el Diagnóstico Diferencial de la Afasia (Schuell, 1965) y el Test de

Boston para el Examen de la Afasia (Goodglass y Kaplan, 1972) se dividen en varias subsecciones que examinan las distintas modalidades, cada una de las cuales se divide a su vez en subtests de dificultad creciente, puntuadas en su mayoría según una valoración aprobado-suspenso, que en algunos casos toma también en cuenta el tiempo tardado en responder. El Examen de Boston cubre el más amplio abanico de tipos de habla, que van desde el habla conversacional a la automática, la repetición y la lectura en voz alta. El Test de Modalidades del Lenguaje para la Afasia (Wepman y Jones, 1961), como su nombre indica, abarca toda la gama de combinaciones entre respuestas modales y estímulos, como también lo hace, aunque de manera más sistemática, un test más reciente inventado en Australia, el Test para la Afasia y el Lenguaje de la Universidad de Queensland (Jordan y Tyrer, 1973). Un test actualmente muy popular, el Índice Porch de Capacidades Comunicativas (Porch, 1976), emplea subsecciones divididas según tres métodos de respuesta —habla, escritura y gestos (siendo los subtests de lectura clasificados como gestuales dado que requieren una ordenación de tarjetas por parte del paciente); la comprensión auditiva se evalúa mediante la comprensión de las instrucciones incidentales que el paciente recibe en el test y el carácter de las respuestas que efectúa. La principal contribución de Porch al análisis de la afasia es su modelo de puntuación multidimensional y la aplicación de métodos psicométricos más rigurosos de los que hasta ahora habían venido empleándose. Pero su actitud con respecto al contenido de las baterías y el marco para el análisis de la afasia resulta poco crítica y tal vez bastante representativa del pensamiento predominante en la época en que su índice empezó a ser desarrollado: «el problema que plantea la elaboración de este tipo de baterías no es el de seleccionar las tareas válidas, puesto que sobre esto existe un acuerdo bastante generalizado» (p. 10), sino la de establecer un sistema de puntuación más sensitivo y fiable para la puntuación de las tareas concordadas. Las últimas baterías de este tipo para uso internacional (la *Western Aphasia Battery*, de Kertesz y McCabe, y la *Multilingual Aphasia Examination*, de Benton y Hamsher) se ajustan también al marco de las modalidades.

Si exceptuamos algunos de los aspectos de los análisis sobre la afasia de Luria, que hasta época muy reciente no han podido ser normalizados (véase Christiensen, 1974) y que por tanto no han podido ser ampliamente utilizados en el mundo occidental, resulta sorprendente observar lo poco que la moderna lingüística ha logrado penetrar en los estudios formales valorativos sobre la afasia. Cuando las variables lingüísticas aparecen controladas en dichos tests se trata siempre de variables de frecuencia de palabras, partes del habla y longitud de las frases. Con excepción de uno o dos casos, variables tales como la clase semántica, la similitud fonética y la estructura sintáctica no aparecen siquiera mencionadas.

En contraste con este trasfondo, la ciencia lingüística puede ofrecer un marco para el análisis, y toda una serie de distinciones del lenguaje, que resultan por principio independientes de la modalidad en que el lenguaje pueda realizarse. El marco y las distinciones se adecúan de este modo al análisis del lenguaje como sistema central, y proporcionan así el necesario complemento a las dimensiones

16 Interpretaciones de la afasia

inherentemente limitadas de las modalidades para el análisis de la afasia. Este marco es el que se describe en el capítulo 2. Y no se trata de la única dimensión adicional a las modalidades cuya utilidad pudiera probarse para el análisis de la afasia; una tercera es la provisionalmente sugerida en el capítulo 4.

Términos clasificatorios

Antes de pasar de la afasiología clínica a las teorías lingüísticas, se hace necesario, sin embargo, tomar conciencia de los diversos sentidos de los términos que hemos venido empleando en el estudio de la afasia. Algunos de los aspectos de las diferencias que aparecen a la hora de definir el término *afasia* ya han sido descritos en las páginas precedentes; pero cuando se trata de definir los diferentes tipos de afasia, las dificultades con respecto a la terminología se hacen aún más agudas. Los términos empleados se derivan de las teorías de los diversos analistas, y dado que el interés por la afasia pone en juego diversas disciplinas, los términos reflejan todo un abanico de conceptos neuroanatómicos, neurofisiológicos, psicológicos y lingüísticos, combinados entre sí con la pretensión de ser objetivamente no excluyentes (por ej., el «Tipo A»); en el cuadro 1, presentamos una lista de los términos corrientemente empleados en las clasificaciones de la afasia.

La multiplicidad de denominaciones que aparecen en dicho cuadro sólo da una pálida idea de las muchas utilizadas para describir los distintos tipos de afasia: MacMahon (1972b) ha contado no menos de 113 en toda la literatura sobre la afasia. El cuadro excluye igualmente las «afasias puras» (según la terminología de Goodglass y Kaplan, 1972), la alexia, la agrafia y la alexia con agrafia (trastornos en la lectura y la escritura). Las afasias se identifican también a veces como *mixtas*, *globales* o *totales*. Evidentemente, no existe un acuerdo unánime sobre lo que hay que considerar como afasia global. Para algunos, se trata de un término cómodo para describir a los pacientes seriamente disminuidos que ni consiguen hablar de forma inteligible ni parecen tampoco comprender el lenguaje no apoyado en un contexto no verbal. Otros, sostienen que la afasia global es una perturbación del lenguaje bien de tipo expresivo, también llamada de tipo Broca, o primariamente receptiva, es decir, de tipo Wernicke. Se discute igualmente si puede existir una afectación que suponga la afasia total, ya que puede argüirse que el cerebro humano, mientras mantiene la conciencia, retiene al menos una cierta capacidad de comprensión del lenguaje.

El cuadro muestra de qué modo las clasificaciones han estado interesadas por avanzar sobre la base de la primera dicotomización de la afasia según el par opuesto expresiva y receptiva. Eisenson (1954), para su test sobre la afasia, siguió a Weisenburg y McBride al modificar cada uno de los dos términos con un «predominantemente» y al aislar a un tercer grupo de pacientes que mostraban un habla fluida y una buena comprensión, pero, a la vez, claras dificultades a la hora de nombrar los objetos (afasia amnésica o anomia). Otra reacción a esta primera dicotomización fue el intento de establecer distinciones objetivas dentro de una modalidad, la del habla, sobre cuyos trastornos existía acuerdo general. Una me-

CUADRO 1

Clasificaciones actuales de la afasia
(con exclusión de las formas «mixtas», «globales» y «puras» --- véase pág. 16)

I. LA AFASIA ES UNIDIMENSIONAL, y sólo puede ser adecuadamente clasificada por sus formas agudas o cuando va acompañada de otros síntomas, por ejemplo, deficiencias sensorio-motrices o visuales					Schuell y otros, 1964 Bay, 1966
II. LAS MEDICIONES OBJETIVAS SIRVEN PARA ESTABLECER DISTINCIONES BÁSICAS DENTRO DE LA AFASIA	No fluida	Fluida			Goodglass y otros, 1964 Howes, 1964 Benson, 1967
	Tipo A Anterior	Tipo B Posterior			Eisenson, 1954 (a partir de Weisenburg y McBride)
III. EN LA PRÁCTICA, RESULTA ÚTIL DISTINGUIR TRES CLASES DE AFASIA	Predominantemente expresiva	Predominantemente receptiva			
				Amnésica	
IV. HAY VARIOS TIPOS DE AFASIA	Sintáctica	Jerga (pragmática aguda)	Pragmática	Semántica	Wepman y Jones, 1961
Dinámica	Motora eferente	Motora aferente		Semántica	Luria, 1964, 1976 Jakobson, 1964
Motora transcortical	de Broca de Broca	Mudez verbal	Central de Wernicke	Acústico- amnésica (y otras nominativa) Nominal Anómica	Brain, 1965 Geschwind, 1965 Goodglass y Kaplan, 1972 Hécaen y Dubois, 1971
Expressiva 2 (agramática sin disartria)	Expressiva 1	de Broca 1	de Broca 2	Sensorial 2	Síndrome de aislamiento (sensorial transcortical) Sensorial 3 (desórdenes atencionales) de Wernicke 2
de Broca 1	de Broca 2	(leve, con disartria)	de Broca 1	de Wernicke 1	Lecours, 1974
Motora transcortical	Agramática	Anártrica	Fonémica	Nominal	Brown, 1977

Las clases de afasia que no están representadas en, al menos, otra clasificación, se presentan en cursiva. Con estas excepciones, la similitud en las clasificaciones se indica por su alineamiento vertical.

18 Interpretaciones de la afasia

didada objetiva que se sugirió fue calcular la proporción de nombres y pronombres que aparecían en el habla de los pacientes (Wepman y Jones, 1966). Los adultos afásicos expresivos tenían mayores probabilidades de mostrar una mayor proporción de nombres que de pronombres en su habla. Goodglass, Quadfasel y Timberlake (1964), pretendían otro tipo de medida, la de la longitud de las frases, que podía ser mucho más fácilmente calculada. Observaron, en este sentido, que algunos hablantes afásicos nunca, o muy raramente, lograban reunir más de dos o tres palabras juntas, mientras otros se distinguían por su capacidad de pronunciar frases de longitud normal (aunque no necesariamente de estructura no desviante). Esta distinción concordaba, a grandes rasgos, con la previamente establecida entre afasias expresivas y receptivas, aunque nadie dice sobre las dificultades de comprensión existentes en una y otra. El grupo de afásicos que pronuncian frases cortas (los no fluidos) puede, por tanto, incluir a individuos con dificultades de comprensión; mientras que el grupo con longitud de frase normal (los fluidos) puede incluir individuos con moderados rasgos afásicos o con afasia recuperada de tipo no fluido que presenten mínimas dificultades de comprensión. Aunque la clasificación tiene un atractivo intrínseco por su intento de objetivación, no puede dejar de reconocerse que confunde en el interior de un mismo grupo tipos de desórdenes cualitativamente diferentes. A pesar de todo, ha recibido un soporte empírico con el estudio llevado a cabo por Benson (1967), quien empleó tasas de fluidez tomadas del estudio de Goodglass, pero incluyendo rasgos adicionales para caracterizar el habla, tales como el número de palabras pronunciadas por minuto, confirmando que era posible dividir a la mayor parte de los pacientes en dos grupos, de acuerdo con dichas características del habla. Por otro lado, dice Benson, ambos grupos pueden distinguirse a nivel anatómico. Con el empleo de la gammagrafía cerebral para comprobar la localización aproximada de las lesiones, se observó que los pacientes con afasias de tipo no fluido mostraban lesiones en la parte situada por debajo de la cisura de Rolando, que separa el lóbulo frontal de los otros lóbulos en el hemisferio izquierdo, mientras que los pacientes que presentaban afasias de tipo fluido tenían localizadas las lesiones en la parte posterior de dicha cisura.

Un tercer tipo de mediciones objetivas fue el utilizado por Howes (1967) con resultados muy similares. A partir de nueve mediciones sucesivas de los caracteres estadísticos del habla afásica y de las respuestas a los tests de asociación verbal, concluyó que existía asimismo una dicotomía esencial en el grupo de las afasias, distinguiendo dos grupos a los que etiquetó como Tipo A y Tipo B. El Tipo A se caracteriza por una reducción en la tasa de emisión de palabras, siendo sin embargo relativamente normales las asociaciones verbales producidas tras una pausa y siendo, igualmente, proporcionalmente mayor la frecuencia en el uso de nombres comunes con relación a lo que ocurre en el habla normal; los pacientes que presentan estas características pueden, no obstante, hacer uso de palabras relativamente raras, mostrando con ello que la pauta normal de la frecuencia de distribución de palabras se ha desplazado, pero no ha perdido su forma esencial. Los pacientes del Tipo B, en cambio, mantienen una tasa normal de emisión del habla, pudiendo mostrar a veces una tasa acelerada; cuando la asociación verbal

es posible, las palabras elegidas suelen ser chocantes. Howes puso en relación estos dos tipos de afasia con dos mecanismos hipotéticos de la conducta verbal. Uno de estos mecanismos —el *sistema alfa*— recibe representaciones neuronalmente codificadas de la información que el hablante quiere transmitir y las expresa de un modo que puede ser utilizado por la musculatura del habla: de este modo, las palabras reciben su forma fónica y las frases su estructura sintáctica. El *sistema beta*, por su parte, proporciona representaciones neuronalmente codificadas del sistema alfa. Estas representaciones codificadas están compuestas de todo aquello que puede ser verbalmente expresado, esto es, proposiciones, sentimientos, recuerdos, actitudes, percepciones y pensamientos. A partir de la «enorme riqueza de información potencial que puede ser verbalmente representada», el sistema beta tiene que seleccionar lo que se requiere para cada situación verbal concreta, eliminando todas las restantes posibilidades. En la afasia de Tipo A se halla dañado el sistema alfa, y en la de Tipo B, el beta. Aunque Howes extrajo la mayor parte de sus datos de entrevistas grabadas con unos 60 pacientes, cada uno de los cuales había aportado alrededor de unas 5.000 palabras de conversación, la división de éstos en dos grupos se vio corroborada por las medidas experimentales adicionales que empleó como suplemento al análisis de la conversación espontánea. Además del test de asociación verbal, que requiere la comprensión auditiva, un test de percepción verbal demostró que el umbral de percepción verbal en los pacientes del Tipo B era asombrosamente elevado, y mostraba una gran variabilidad, mientras que en los pacientes del Tipo A los diferentes umbrales de percepción eran bajos y mostraban escasa variación. Debido a la diferente proporción de pacientes que presentaban parálisis en brazo y pierna (70 % en los del Tipo A y 20 % en los del Tipo B), en los que la localización de la lesión afectaba sin lugar a dudas el área prerrolándica, Howes creyó poder afirmar que sus datos apoyaban las conclusiones a que habían llegado otros investigadores, en el sentido de considerar afectada una área distinta para cada uno de los dos tipos de afasia. La afasia del Tipo A, según él, se hallaba relacionada con una región anterior centrada en torno a la tercera circunvolución frontal (área de Broca), mientras que la de Tipo B se relacionaba con una región posterior centrada en torno a la circunvolución temporal superior (área de Wernicke).

Como se muestra en el cuadro 1, esta amplia división de la afasia en dos tipos, sugerida por las mediciones objetivas realizadas sobre las diferencias en el habla, fue posteriormente elaborada en una nueva división en cuatro a siete tipos de afasias. Clasificaciones éstas que no siempre se realizan siguiendo idénticas líneas maestras, ni son tampoco coherentes en su terminología. Cada una de estas clasificaciones emplea términos distintos para lo que podría clasificarse en sentido lato como el mismo síndrome (por ej., afasia nominal, amnésica, anómica o semántica), mientras que el mismo término se emplea a veces para describir síndromes distintos (por ej., la afasia *semántica* de Wepman y Jones se corresponde aproximadamente con la *anómica*; para Brown, en cambio, dicho término describe las perturbaciones que afectan a la transición pensamiento-lenguaje en un estadio previo al que da como resultado la anomia; mientras que, para Luria, se caracteriza por perturbaciones que afectan a la capacidad de sin-

20 Interpretaciones de la afasia

tetizar en un todo construcciones lógico-gramaticales). No obstante, los distintos tipos de afasia que aparecen en las diversas clasificaciones muestran un buen grado de uniformidad, como se indica en el cuadro mediante su ordenamiento vertical, si bien lo que varía generalmente es el énfasis que se da a las descripciones de cada uno de los términos. Hécaen y Dubois han llamado la atención en su clasificación hacia dos tipos de afasia que ningún otro autor distingue. La primera es la distinción, lingüísticamente significativa, entre la afasia que sigue la habitual pauta de deterioro del habla, tanto a nivel articulatorio como gramatical, propia del tipo de Broca, y otro tipo de afasia en la que el deterioro gramatical tiene lugar sin la aparición de dificultades articulatorias. El segundo tipo, exclusivo de la clasificación francesa, constituye la *afasia sensorial con desorganización atencional*. Síndrome en el que el habla es incoherente y se caracteriza por las perseveraciones y las reiteraciones, apareciendo las frases incompletas, debido a la distractibilidad del sujeto, por más que la estructura sintáctica parezca intacta (Hécaen y Goldblum, 1972). En ciertos aspectos, este síndrome guarda semejanza con el propio de la afasia sensorial transcortical de la clasificación de Goodglass y Kaplan, en lo que respecta, al menos, a la tendencia del paciente a repetir ecolólicamente lo que acaba de oír.

Tres de las clasificaciones presentes en el cuadro 1 resultan de especial relevancia para las investigaciones lingüísticas. Una es la de Luria, que proporciona una confirmación de la primera aplicación de las teorías lingüísticas al estudio de la afasia por parte de Jakobson. Otra es la de Goodglass y Kaplan, inspirada en Geschwind, y que es la empleada por el Boston Aphasia Research Center en un gran número de investigaciones lingüísticas sobre los trastornos afásicos del inglés. La tercera es la clasificación desarrollada por Brown, que relaciona diversos tipos de afasia con diferentes estadios de la microgénesis del lenguaje en los hablantes.

Luria (1964; 1966; 1970) distingue seis tipos diferentes de afasia. Mediante una cuidadosa diagramación de la localización de las lesiones de los soldados heridos a los que examinó personalmente, relacionando cuidadosamente tales lesiones con los trastornos lingüísticos que dichos soldados presentaban, pudo establecer con cierta fiabilidad las correlaciones existentes entre los síndromes por él identificados y las áreas cerebrales dañadas. Igualmente establece una distinción entre trastornos temporales y duraderos. El síndrome de la *afasia acústico-agnósica* (denominada también por Luria *afasia sensorial*) podía, así, relacionarse con lesiones en la circunvolución superior del lóbulo temporal —el área que normalmente suele denominarse área de Wernicke (véase fig. 1, pág. 4). Según Luria, la dificultad primordial que aparece en dicho síndrome es la audición fonémica, es decir, la dificultad para distinguir los sonidos del habla. Esto produce efectos secundarios en el sistema de significado de las palabras; los distintos sonidos que forman las palabras resultan vagos e indiferenciados, siendo imposible discriminar el sentido. El paciente tiene dificultades para distinguir sílabas o palabras con un sonido similar y encuentra muy difícil poder analizar los sonidos componentes de las palabras, así como también el poder sintetizar sus elementos para constituirlos. Debido al efecto que esto tiene en el significado de

La gran variedad de afasias y los problemas lingüísticos y de comunicación que éstas provocan, requieren un gran esfuerzo para el "especialista" que debe "reeducarlas" y que pocas veces dispone de material o de libros que expliquen las bases precisas para el diagnóstico y el tratamiento.

Este libro —que abre nuevas perspectivas en este campo— es de gran ayuda para esta compleja tarea, siendo un útil de trabajo práctico para todos los que se dedican a estudiar y resolver los múltiples problemas que presenta la afasia, que están interrelacionados con una serie de complejidades, fundamentalmente las referidas a la fisiología del cerebro humano, la psicología del individuo y la ciencia lingüística.