

AFASIA

Dra. Adis Ferrer Sarmientos
Especialista de Segundo Grado en Logopedia y Foniatría
Profesora Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Medicas de la Habana.
Miembro del grupo Nacional de la Especialidad
Jefa del Departamento de Logopedia y Foniatría del Hospital D.Q.C “Calixto García”
e- mail adisfs@infomed.sld.cu

Introducción

Con el interés de conocer la organización de las funciones gnósticas en el hombre entre las cuales se encuentra el lenguaje, los estudiosos en la materia se han dedicado a investigar y profundizar el curso del funcionamiento del córtex del cual se derivan todas las funciones mentales entre ellas: movimiento, acción, gnosia pensamiento, lenguaje, etc

Todos estos procesos son el resultado del trabajo de un conjunto de estructuras reunidas con el fin de sacar adelante una función, agrupándose en varios niveles y diversos componentes que se desarrollan a través de diferentes mecanismos funcionales.

Esto que aparece de forma perfectamente facilitada en la actualidad y que propicia el paso al estudio neuropsicológico de las funciones mentales en el hombre, tuvo sus inicios con el aporte de los primeros estudiosos en la materia, y de esta forma se recogen datos entre las relaciones de asociación de las lesiones cerebrales y la ausencia o deficiencia del habla pero sin llegar a establecer una relación etiopatogénica definitiva. Se puede decir que tenían en sus mentes elementos científicos a los cuales no pudieron llegar. Hecaen, (1)

En el curso del tiempo, anatomistas y fisiólogos investigadores hacen una publicación de datos clínicos similares pero sin lograr mantener una relación etiopatogénica debida., la historia definitiva de las afasias comienza con los planteamientos que realiza Paul Brocá, célebre cirujano y antropólogo francés que estremece la época de 1861 cuando afirma encontrar en uno de sus pacientes que presentaba un impedimento del lenguaje expresivo, una lesión en el tercio posterior de la tercera circunvolución frontal izquierda. Esta se puede decir, que es la primera contribución científica definitiva en el estudio de las afasias.

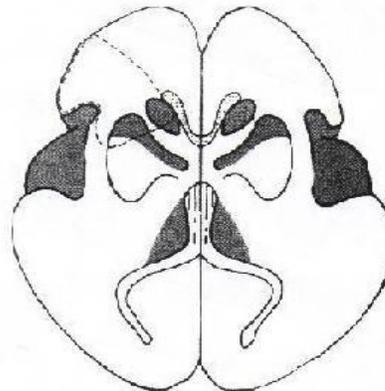


Afasia de Broca

Ya, previamente se conocía la corriente científica de los localizacionistas del siglo XIX, los cuales relacionaban determinada función mental del hombre con una zona específica de la corteza, entre ellos se destaca con fuerza, Gall, anatomista alemán que basado en una serie de observaciones empíricas crea su “mapa frenológico”. Es una etapa que va precedida a los planteamientos que llegan desde Broca, que tiene la gloria de dar inicio no sólo a la afasiología sino también a la neuropsicología.

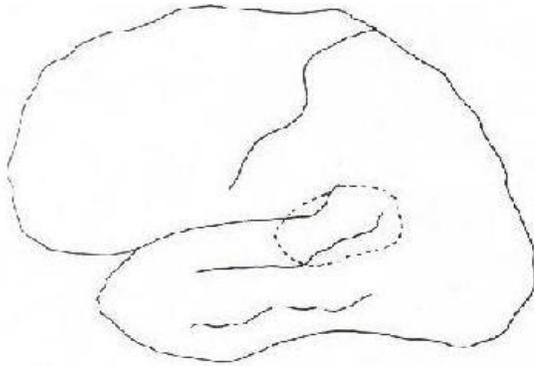


Afasia de Broca

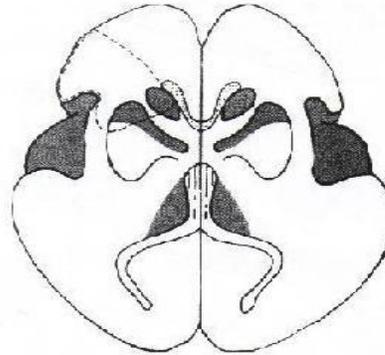


Afasia de Broca transversal

Estos estudios sobre las afasias fueron reforzados años más tarde por Wernicke, el cual encontró en un paciente una lesión en el tercio posterior de la circunvolución temporal superior izquierda el cual presentaba trastornos en la comprensión del lenguaje. A esto llamó Wernicke afasia sensorial en oposición a la afasia motriz de Broca. Luego sigue una escalada de descubridores de “centros”, entre ellos Charcot, Bastián y otros que destacaban sus teorías asociacionistas.



Afasia de Wernicke



Afasia de Brocá transversal

Estos encuentran oponentes destacándose S. Freud quien en 1881 publica una obra en la que llama la atención sobre la importancia de las relaciones funcionales del lenguaje. También Jackson hace saber la necesidad de considerar la función del lenguaje no sólo desde el punto de vista anatomoclínico, sino como proceso de mayor complejidad, y que las afasias debían encararse en su aspecto funcional a través del análisis clínico psicológico del paciente.

Así las cosas, aparecen escritos de Pierre Marie, en 1906, a quien se le deben orientaciones justas del tema a pesar de algunos errores. Posteriormente otros autores se distinguen en la materia como son: Head, Golstein, Alajouanine y otros que estudiaron la desintegración fonética.

Podemos resumir estas diferentes tendencias de las concepciones clásicas en el campo de afasiología, agrupándolas en tres líneas:

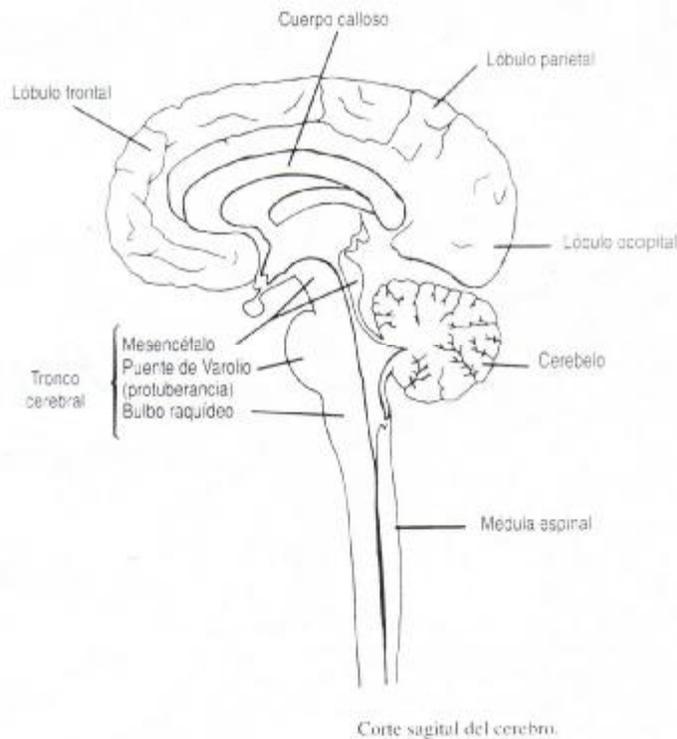
- 1._ Asociacionistas: iniciadas por Wernicke.
- 2._ Anátomo clínicas: como autor destacado Pierre Marie,
- 3._ Funcionales: entre otros Jackson.

Hoy podemos afirmar que en este campo se trabaja de forma multiprofesional, ya que el estudio de esta ciencia está integrado por especialistas neurólogos, psicólogos, lingüistas, foniatras y otras especialidades empeñadas en desarrollar y continuar la labor que se recoge de los estudios neuropsicológicos que aportó Vigosky, Luria y todo el conjunto de sus seguidores.

ENFOQUE NEUROPSICOLOGICO ACERCA DE LA ADQUISICION DEL LENGUAJE COMO PROCESO MENTAL

Para hablar de la formación de los procesos mentales debemos analizar el valioso aporte que se recoge en el campo neuropsicológico por Luria y colaboradores cuando introduce el importante concepto que todas las funciones complejas en el hombre, son el resultado del trabajo de un sistema funcional y al analizar las teorías clásicas de las afasias, Luria (2) aclara que debemos conocer que el término “función” se ajusta a la propiedad directamente relacionada con una labor altamente especializada de células o grupos de células de un órgano.

Actualmente se reconoce según los estudios y planteamientos realizados por Luria y Vigosky, que las funciones complejas son el resultado específico de la capacidad adaptativa del organismo para realizar tareas como son: respiración, percepción, locomoción, lenguaje, etc., y en ella se demuestra el trabajo de una actividad refleja que abarca simultáneamente un conjunto de sectores nerviosos excitados e inhibidos mediante el cual se efectúa el análisis y síntesis de las señales que llegan al organismo elaborando así un sistema de conexiones temporales que aseguran el equilibrio del individuo con el medio Vigosky,S.L (3).



El habla desde el punto de vista neurofisiológico podrá descubrirse como un acto con una movilidad voluntaria variable, altamente compleja y diferenciada constituyendo así un sistema aferente cinestésico encargado de la organización del articulema (neurograma representativo del estereotipo fonemático) y un sistema eferente responsable de la sucesión o tránsito de un fonema a otro.

Podríamos afirmar acerca de la neurofisiología de las funciones corticales, que implican procesos muy complejos en los cuales todas las partes del córtex colaboran y siguen la ley fisiológica que rige el comportamiento humano ya que necesita para su adquisición desde etapas muy tempranas en la niñez la estimulación adecuada del medio social, además de estímulos psicológicos que garanticen la maduración de la función lingüística. Todo ello contribuye a que atravesando las diferentes etapas que exige su formación, se logre alcanzar dicha función. Cabanas,C.(4)

Desde el punto de vista etiopatogénico las afasias son consecuencia de la desintegración de múltiples conexiones neurofuncionales que estructuran el lenguaje, que como ya se planteó, esta función comienza a desarrollarse en estadios muy tempranos de la vida y a

través de un proceso maduracional sicofuncional se logra alcanzar definitivamente. Narbona J,(5).

AFASIA. CONCEPTO. CLASIFICACIONES MAS IMPORTANTES DE LAS AFASIAS

En el acto de la comunicación oral o verbal, es necesario la presencia de dos agentes: uno, el codificador, responsable de la emisión verbal y el otro agente, decodificador, el cual recibe e interpreta el mensaje. Toda actividad oral requiere la participación de esos dos agentes, el codificador y el decodificador, observándose tres niveles diferentes de actividad funcional oral. El primer nivel de comunicación oral lo constituye el lenguaje..., el habla y la voz se sitúan en el segundo y tercer nivel oral respectivamente.

Cuando se presenta una lesión orgánica que daña el cerebro afectándose algunas de las estructuras que integran este sistema, la dinámica funcional no se completa y entonces se manifiestan síntomas representativos de fallos en la función, identificándose todo este proceso con el nombre de afasia. Tenemos que conceptualmente la AFASIA se considera un trastorno del lenguaje como consecuencia de una lesión cerebral que interfiere la función codificadora o decodificadora o ambas a la vez pudiendo observarse además un compromiso de la lecto escritura.

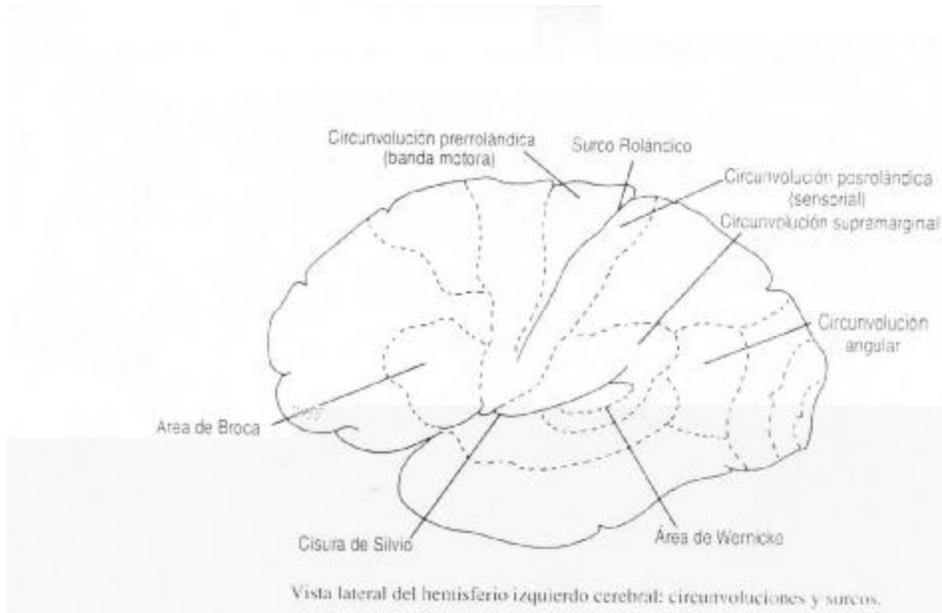
Con relación a la diversidad de planteamientos etiopatogénicos citaremos algunos de los científicos más destacados en este estudio. Entre ellos y los que han marcado época se encuentran; Goldstein (6), importante en este campo distinguiendo tres tipos de afasias motoras y cuatro tipos de afasias sensoriales.

Otro de estos autores reconocido es Pedro Pons (7) que también realiza una amplia clasificación de las afasias motrices y sensoriales. A continuación mencionaremos entre los estudiosos en la materia a Head, Alajoanine, Sabouraud, Konorski, Lermithe, Gaurteer y otros cuya labor ha sido reconocida en el campo de la afasiología. Debemos señalar con un sentido especial, a considerar por el enfoque propio que le da al tema, a los científicos Ascoaga (8) y Jacokson.

Dejamos al final la explicación que da Luria a las afasias por ser la que hemos aplicado a través de varias décadas sobre la base en la formación de los procesos mentales complejos que incluye el lenguaje.

Luria, considera dos tipos de afasias al igual que el resto de los autores, pero basa su clasificación del siguiente modo:

Las de tipo motriz, con alteraciones fundamentalmente en la elocución, lo que no quiere decir ausencia de síntomas en la esfera sensorial y otros sistemas funcionales, por ello empleamos la palabra fundamentalmente. Y esto es lo que se explica en el concepto de sistema funcional que permite que diversos analizadores dentro del lenguaje realicen los procesos de análisis y síntesis de los códigos orales, por lo tanto, la alteración de un sector conduce inevitablemente a la perturbación de todos los componentes y se traduce por una variada gama sintomatológica que constituye el síndrome afásico.



De esta forma el autor distingue varias formas dentro de cada una de ellas que son las siguientes:

AFASIAS SENSORIALES.

- Sensorial propiamente dicha o acústica gnóstica
- Acústico amnésica
- Semántica

AFASIAS MOTRICES.

- Aferente
- Eferente
- Dinámica

Describiremos brevemente lo que ocurre en cada una de ellas:

AFASIA SENSORIAL PROPIAMENTE DICHA:

En los sectores del tercio posterior de la primera circunvolución del lóbulo temporal izquierdo, se realizan los procesos de análisis y síntesis de la identificación de los sonidos del idioma. Esta estructura de la corteza se identifica como oído fonemático; su función consiste en el análisis y síntesis audioarticulatorio; si se lesionan estos sectores de la corteza cerebral se produce la perturbación del sistema de diferenciación de los sonidos verbales, presentándose este tipo de afasia.

AFASIA ACUSTICO AMNESTICA:

Surge como resultado de lesión en los sectores medios de la parte convexa del lóbulo temporal izquierdo relacionados con los analizadores auditivos y visuales además de tener relación con el sistema límbico. El síntoma cardinal de esta afasia es la amnesia verbal que se manifiesta por la búsqueda de palabras con relativa buena conservación de la expresión verbal.

AFASIA SEMÁNTICA:

Guarda relación con lesiones parieto-temporal-occipital del lóbulo izquierdo y su expresión clínica está dada por anomias y dificultad con la construcción lógico gramatical entre otros síntomas.

AFASIAS MOTRICES:

AFASIA MOTRIZ AFERENTE:

Resulta de afecciones en la parte inferior de la circunvolución post-central, lugar donde se realiza la recodificación de los estereotipos audio-verbales y que al lesionarse se pierde el esquema funcional lógico en la organización cinestésica del movimiento oral. Es característico de esta afasia las apraxias orales con presencia de múltiples parafasias sobre todo de tipo literal.

AFASIA MOTRIZ EFERENTE:

Aquí se observa una alteración de la estructura cinética o programa motor de la expresión verbal, y que se expresa clínicamente por ruptura en la fluidez oral al presentarse una lesión en los sectores pre-rolándicos del hemisferio izquierdo. La caracteriza clínicamente una imposibilidad del despliegue oral en cualquier orden.

AFASIA DINAMICA:

Se presenta lo que se conoce con el nombre de pérdida de la espontaneidad o iniciativa oral y aquí se trastorna fundamentalmente la función sicoreguladora del lenguaje con una traducción clínica de falta de motivación o iniciativa en la predicación.

QUE SUCEDE A UN PACIENTE AFÁSICO

Al presentarse una lesión orgánica neurológica con daños en el sistema funcional del lenguaje se van a ver desintegrados una inmensa red de conexiones neurofisiológicas estructuradas dentro de este complejo mecanismo funcional.

Se conoce que a toda afección orgánica le siguen trastornos funcionales y ante la presencia de síntomas como hemorragias, edemas, congestión y todo el complejo orgánico resultante de la lesión, la corteza se impacta y la traducción clínica oral se manifiesta en una diversidad de síntomas representativos del daño de la función.

Puede suceder que no haya una regresión del proceso de organicidad lo que condiciona la presencia de síntomas afásicos como consecuencia de una inhibición dinámica o bloqueo de los sistemas funcionales que se encuentran total o parcialmente inhibidos, todo esto se conoce como diáskisis y abarca alrededor de los tres primeros meses de la enfermedad.

Pasada esta etapa transitoria, es cuando se debe realizar un diagnóstico definitivo de la entidad, ya que es cuando existe la verdadera secuela oral. Hasta ese momento los procedimientos se desarrollan sobre un diagnóstico presuntivo.

La diáskisis es una etapa importante y determinante con relación a la conducta que debe tenerse en el afásico, precede a una terapia definitiva, pero es el momento en el cual sin fines terapéuticos específicos ayudamos a organizar la conciencia, centrar la atención, comenzar a equilibrar las emociones, transmitir una información con relación a

la conducta que debe mantener el personal que rodea al enfermo, garantizando de esta forma mejores resultados en el futuro programa de rehabilitación que se le aplicará.

Este acápite lo desarrollaremos más ampliamente dada la importancia que requiere.

¿CÓMO SOBREVIENE LA ENFERMEDAD?

En presencia de una lesión neurológica que afecta el sistema funcional del lenguaje como ya dijimos, se pueden manifestar síntomas representativos de acuerdo al nivel topográfico de la lesión. Aquellas que afectan diferentes niveles de los sectores parietales, temporales y occipitales del hemisferio izquierdo, donde se asientan los analizadores encargados de los procesos de analizar y sintetizar las funciones auditivas, mnésicas y en almacenaje de la información, cuando se perturban, se manifestarán síntomas que hablan de diferentes afasias sensoriales de acuerdo al sector dañado, mientras opuestamente sí se dañan los sectores anteriores del córtex, como son las estructuras prefrontales y frontales, encargadas de la formación del articulema y de la dinámica y despliegue verbal, entonces se observarán manifestaciones en la clínica oral de las afasias motrices.

Todas estas dificultades en la comunicación se acompañan de manifestaciones en la esfera afectivo-emocional del enfermo perfectamente comprensible dado los nuevos cambios inevitables en la esfera psicosocial a los que se enfrenta

SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DEL SÍNDROME AFASICO:

La investigación clínica de la afasia no debe limitarse a los efectos individuales de la percepción, la memoria, y el lenguaje, la escritura, etc. que constituyen un síndrome determinado. Se debe tener en cuenta la forma en que cada función se ve afectada, la pauta de los trastornos y cuál es el factor común que une los distintos sistemas, ya que todo queda integrado funcionalmente. No obstante, a continuación analizaremos los principales síntomas presentes en el marco de un gran síndrome afásico y la importancia de reconocerlos como parte importante de la enfermedad. A continuación describiremos los principales de ellos y su significado:

-Agnosias: incapacidad en el reconocimiento de las diferentes informaciones sensoriales del medio, pudiendo ser: visual, auditivas, cinestésica, etc.

-Apraxia: incapacidad para la ejecución de movimientos encaminados a un fin determinado debido a la falta de información aferencial.

-Parafasias: modificaciones en la estructura de las palabras caracterizadas por el reemplazo de fonemas, sílabas o palabras. Se clasifican en:

Literales: se cambia un fonema por otro

Silábicas: se reemplaza una sílaba por otra

Verbales: se produce el cambio completo de la palabra conservando el mismo sentido.

Morfológicas: Se sustituye la palabra con un cambio en el sentido.

-Perseveraciones: repeticiones incontrolables de una sílaba o palabra que interrumpe la elocución del acto oral.

-Estereotípia: forma de perseveración que consiste en el uso repetitivo y constante de una palabra o frase como única forma de expresión oral.

-Anomia: incapacidad para la denominación de objetos.

-Logorrea: emisión verbal profusa, sin control, fluida, con o sin trastornos articulatorios a menudo sin contenido comunicativo.

-Parognosia: comprensión incorrecta del sentido de las palabras,

-Neologismos: expresiones verbales sin ninguna significación convencional.

-Jengafasia: modo de expresión ininteligible carente de valor significativo, cargado de neologismos, parafasias y logorrea, conservando la melodía entonacional propia del idioma y con elementos anosognósicos.

-Anosognosia: condición de no conciencia por parte del paciente, de sus dificultades orales.

-Ecolalia: repetición de palabras, frases y hasta oraciones inmediatamente de escuchadas o dejado pasar algún tiempo.

CAUSAS MAS FRECUENTES DE AFASIAS

En la etiología de las afasias se agrupan numerosas entidades responsables de este trastorno. A continuación citaremos las que originan con mayor frecuencia la enfermedad:

Ocupan un lugar importante las de índole cerebro vasculares, reportándose un alto número de pacientes con esta etiología a pesar del despliegue que realiza nuestro Sistema Nacional de Salud en aras de promover modelos de vida más sanos en el hombre, a través de la divulgación de diferentes campañas para mejorar el nivel de salud; no obstante el hábito de fumar, el estrés, la hipertensión y otros indicadores arraigados en el seno de una sociedad cada vez más compleja y desarrollada, demuestran una relación muy estrecha en la aparición de la enfermedad. Con la presencia de cualquiera de las formas que se presenta ésta, ya sea trombótica, embólica o hemorrágica, si el enfermo logra sobrevivirlas, entre las secuelas presentes pueden observarse las afasias.

Los traumatismos cráneo-encefálicos son la cuarta causa de muerte en la actualidad y en su mayoría van acompañados de trastornos orales. Las secuelas en la comunicación en sus inicios pueden presentarse severamente pero logran remitir espontáneamente o llegar a observarse una alta recuperación del proceso en contraposición a otras etiologías. De ello se hablará más extensamente en la esfera pronóstica.

También los tumores cerebrales, los cuadros infecciosos del tipo de las encefalitis, las de causas tóxicas, procesos degenerativos de la corteza, las malformaciones

aneurismáticas, diátesis hemorrágicas y en fin, todo lo que neurológicamente afecte el sistema funcional del lenguaje en el córtex.

COMO REALIZAR EL DIAGNOSTICO DEL AFÁSICO

Este diagnóstico se fundamenta en dos grandes aspectos que analizaremos a continuación

- a.- los datos que ofrece la historia clínica y
- b.- los resultados en la aplicación de un test neuropsicológico.

En la anamnesis se van a recopilar toda una serie de datos suministrados generalmente por el familiar del enfermo que permite no sólo las consideraciones de tipo diagnóstica, sino también pronóstica. Entre los ellos, los que no deben faltar como fuente fundamental de información se encuentran: la edad, sexo, raza, dominancia hemisférica, etiología de la lesión, tiempo de evolución de la enfermedad, complementarios y estudios realizados y con especial interés Rx de cráneo, TAC, RM, audiometrías, laringoscopías, y cualquier otra investigación complementaria. Además, se completa la investigación con los antecedentes patológicos personales y familiares, hábitos tóxicos, ocupación o profesión nivel cultural y cualquier otra información de interés al respecto.

La segunda condición a considerar son los resultados de la evaluación de la clínica foniatría que resulta de la aplicación de una batería neuropsicológica.

Los resultados de estos dos aspectos nos permitirán lograr con mayor facilidad el diagnóstico deseado.

TÉCNICAS DE NEURODIAGNOSTICOS

Con relación a la exploración neuropsicológica aplicada en estos casos, debemos decir que existe una extensa cantidad de estos tests, cuyos autores a través de fórmulas y técnicas personales crean las bases para la medición de las diferentes modalidades del lenguaje. Nosotros hemos seleccionado en nuestro trabajo con el enfermo afásico aquellas que siguen los lineamientos lurianos. Este autor en su libro La afasia traumática. Luria, A. (9) expone su metodología de exploración y aporta una abundante y sustanciosa información sobre los valores semiológicos de los hallazgos exploratorios haciendo hincapié en la ventaja que representó el estudio de lesiones muy limitadas, producidas por arma de fuego, en cerebros jóvenes donde el resto de las áreas de la corteza se hallan en un estado funcional más óptimo que en aquellas alteraciones por patologías vascular propias de edades más avanzadas.

Fue Anne Lise Christensen, quién realizó una sistematización de la exploración N.S. basada en la metodología luriana. Golden, (10) otro de los científicos que ha trabajado en este campo, en base a la exploración de Christensen, ha elaborado la batería de Luria Nebraska introduciendo un sistema de puntuación a lo que le añadió tres escalas más.

En la valoración neuropsicológica, que hace Christensen de los principios planteados por Luria, incluye 10 secciones de exploración sistematizada de las funciones motoras, organización acústico motriz, funciones cutáneas y cinéticas superiores, funciones visuales, lenguaje receptivo, lenguaje expresivo, escritura, lectura, cálculo, mnésis y procesos intelectuales.

Nuestro trabajo como médico foniatra está sentado sobre las bases de evaluar el cuadro sintomático que presenta el enfermo y hacerle un análisis N.S. teniendo en cuenta las características de idoneidad, factibilidad y utilidad que exige una batería neuropsicológica. En él se determinan los dos polos básicos del lenguaje- la forma codificadora y la decodificadora

Las diferentes modalidades del lenguaje expresivo o codificador son las siguientes.

- Lenguaje espontáneo
- Lenguaje automático
- Lenguaje repetitivo
- Lenguaje denominativo
- Lenguaje discursivo

A continuación desarrollaremos de forma sintética lo que se persigue en el examen de cada una de ellas:.

Lenguaje espontáneo Permite situar al paciente en la categoría de fluente o no fluente. Todas las baterías de exploración de las afasias han intentado conseguir una medida objetiva de esta categoría. La medida de fluencia puede hacerse en base a la longitud de la frase, capacidad de expresión en forma de diálogo y monólogo. Muchos son los autores que ofrecen diferentes técnicas de medición. Nuestro trabajo en este sentido lo hacemos evaluando las formas de expresión del paciente en el diálogo y el monólogo cuanti y cualitativamente.

Lenguaje automático.- Se pide al enfermo que mencione números, días, meses del año o cualquier otra modalidad donde el lenguaje se manifieste automáticamente, de una forma que sigue un sentido directo y tratar que lo intente de forma inversa para valorar la capacidad de esta función a un nivel más voluntario.

Lenguaje denominativo. Es muy sensible cuando existen síntomas como la anomia. Debe tenerse en cuenta en esta prueba los posibles trastornos gnósticos o visuales. Se realiza a través de tres ítems o subtests.

1- Se presenta un objeto o figura en el campo visual del paciente y se le pide que lo identifique

2- Le realizamos una descripción oral de un objeto el cual debe nombrar o nominar.

3- Se agrupan un conjunto de objetos de una misma categoría con el fin que el enfermo los nombre.

Lenguaje repetitivo. Aquí entran con fuerza los estímulos auditivos. Es muy sensible para la percepción auditiva. La ejecución correcta de una tarea de repetición exige un

análisis acústico del estímulo y la reproducción correcta a través de la función articulatoria. Si algunos de estos procesos se altera, la repetición se mostrará ineficaz.

Las pruebas de repetición pueden abarcar varios subtests. En la exploración N.S. que plantea Luria, estos items son contemplados desde la forma más sencilla a través de sonidos solamente, hasta la repetición de frases y oraciones complejas. Cuando queremos ratificar si los errores son de articulación o defectos de discriminación auditiva, se le pide que los escriba o identifique en una lista de sonidos escritos. Si falla en la repetición oral, pero es capaz de escribir o reconocer adecuadamente los sonidos, la dificultad recae en la forma articulada.

Lenguaje discursivo: Es una prueba muy rica de información semiológica y puede orientar a trastornos evidenciados anteriormente: anomias, parafasias, problemas con la sintaxis.

Aquí evaluamos las características cualitativas del discurso y la capacidad verbal del paciente. Ya aquí pueden evidenciarse trastornos de la comprensión, aunque de forma imprecisa. La presencia o no de anosognosia es un indicador. Lo hacemos a través de tres subtests:

- 1) Test del diálogo, ofreciéndole al paciente algunas palabras para que realice un relato
- 2) Se le presenta una lámina para que la describa o relate una historia.
- 3) Dictado de una carta.

Método de evaluación de la decodificación:

Antes de confirmar un trastorno de comprensión, es preciso comprobar si el paciente no presente dificultades de índole auditivas periféricas. Ya desde el inicio, en la aplicación del test tenemos una información de su capacidad de interpretación, lo que existen test y métodos de evaluación de mayor sutileza, que nos informan del componente de agnosia auditiva presente.

Nuestro método de evaluación interpretativa, ha conseguido concretar las formas de evaluación N.S. a través de tres mecanismos:

- 1) Repetición de B.S.S., (bisílabos sin sentido) donde se hace una selección de fonemas que sólo los diferencia de aquellos que no tengan una verdadera significación, ya que el significado es un medio de facilitar la interpretación y repetición del nombre.
- 2) Ejecución de órdenes que se dirigen al paciente y que van desde un nivel sencillo de elaboración hasta las formas más complejas. Se tiene en cuenta que cuando le pedimos una orden sencilla implica sólo una ejecución, y así vamos conformando la complejidad de la orden, que en su forma más complicada se pueden utilizar 3 ó 4 elementos u objetos instruyendo al enfermo los coloque en diferentes posiciones. También en este sentido puede usarse el método de Pierre Marie, el cual realiza instrucciones a través de tres papeles de diferentes tamaños.

A esta exploración se le añade la orden de mencionar un grupo de 4 ó 5 palabras que comiencen con un fonema indicado, brindándole el primero como ejemplo.

Consideramos que la aplicación de esta batería está fuertemente avalada por una serie de ventajas como son:

...cumple los requisitos de idoneidad, factibilidad y utilidad que exige toda exploración neuropsicológica

...ajustarse a las condiciones físico-psicológicas del paciente

...no ser extensa en su aplicación y seguir lineamientos eminentemente clínicos

...por su corta duración puede aplicarse en su totalidad en una sola entrevista sin ocasionar la fatigabilidad propia característica del afásico

...es de gran confiabilidad al considerar no sólo las puntuaciones finales como exige la aplicación de un test cuantitativo, sino la naturaleza exacta de la respuesta del paciente

Existen evaluaciones neuropsicológicas en la que el informe está basado en puntuaciones de tests que ocultan información crítica acerca de las diferencias individuales de cada enfermo. Se considera que los cambios de los parámetros de la tarea, introducidos por el evaluador sobre la marcha, y la documentación cuidadosa y exacta de la conducta del paciente son más valiosos para el diagnóstico que las puntuaciones de los tests.

El resultado final en la aplicación de la batería N-S, nos informará los cambios en el lenguaje manifestados a través de los síntomas afásicos, que nos indican si la afección es en el área del lenguaje motriz o codificador, o en ambos a la vez.

Si la sintomatología se encuentra en la esfera del lenguaje codificador, el trastorno oral queda comprendido dentro del grupo de las afasias motrices que de forma más calificada

debemos ubicar según su etiopatogénesis como, aferente, eferente o dinámica.

Si contrariamente, los síntomas son variados y se reparten en ambos polos del lenguaje, codificación y decodificación, entonces se afirma que las dificultades presentes corresponden a las afasias de tipo sensorial y a la vez debe realizarse una determinación más específica de cada una de ellas teniendo en cuenta su etiopatogénesis y de acuerdo a como las presenta Luria. acústico-gnóstica, acústico-amnésica y semántica.

De modo definitivo concluimos reafirmando que el diagnóstico del afásico está sustentado sobre las bases de una información correcta y precisa de los datos aportados en la historia clínica del paciente y los resultados que se obtienen en la aplicación de una batería N-S de elección que ofrezca la luz en la determinación del daño sufrido por la función.

Pronóstico del afásico, algunos indicadores más importantes.

El pronóstico de estos enfermos está sujeto a una serie de indicadores preliminares que se obtienen como datos de la historia clínica. A continuación vamos a enumerar los principales. Ellos son.

1.- **Edad**, se considera uno de los más importantes pues a pesar que el lenguaje como función mental se encuentra definitivamente consolidado en el hombre adulto, no sucede de igual forma en los niños donde la función se encuentra en pleno desarrollo. Si en estas etapas se lesiona, el pronóstico es mucho más favorable.

2.- **Etiología de la lesión**.- Guarda correspondencia con la extensión y etiología del proceso que afecta el cerebro.. Aquellas causas que tienen un carácter estático, como es el caso de los traumas craneo encefálicos tendrán un pronóstico mejor con relación a aquellas que lo hacen lenta y progresivamente como son los procesos tumorales.

3.- Tiempo de evolución de la enfermedad.-Las orientaciones dirigidas al núcleo familiar y a todo aquel personal que rodea al enfermo sobre la forma de conducir al afásico en una primera etapa de la enfermedad, o la aplicación de una terapia específica, permitirá una recuperación en un tiempo de mayor brevedad con relación a los que acuden tardíamente a consultas. Es fácil comprender la importancia de una estimulación temprana en ellos, donde es preciso la organización del nivel de conciencia que se requiere para la restauración de los sistemas intra e intersíquicos dañados. La conciencia organizada permite que la información que llega a la corteza se active y organice a través de las funciones analítico sintéticas, lo que permite reactivar el procesamiento de la actividad cortical.

Secuelas: Es un factor a tener en cuenta ya que en su mayoría las afasias se acompañan de enfermedades invalidantes que limitan motóricamente al enfermo y lo hacen dependiente en su desenvolvimiento general, como son las hemiplejías, cuadriplejías, hipoacusias, déficits sensoriales, traqueostomas, trastornos conductuales y otros.

Estados emocionales: Al querer restablecer un programa de rehabilitación de cualquier índole, debe considerarse la esfera síquica del enfermo, garantizando que esté adecuadamente preparado para recibirlo. La mayoría de los pacientes afásicos se ven lamentablemente afectados en este sentido, presentado un desequilibrio emocional que afecta el desarrollo ulterior de la terapia rehabilitadora. En estos casos debemos previamente buscar su estabilidad sico-emocional de forma tal que eso nos permita una terapia más dinámica y segura.

Tipo de afasia: Por su condición de daño en la función decodificadora, las afasias sensoriales serán de pronóstico más reservado que las motrices, aunque en esto se valora el nivel de compromiso de la lesión.

Apoyo familiar: Las afasias repercuten en la vida emocional y social del enfermo. Esto hace que la presencia de marcados estados de desequilibrio emocional requiera la presencia y apoyo de personas que en su entorno lo estimulen afectivamente y le faciliten eliminar el bloqueo emocional presente, de esa forma lo ayudan a reiniciar su nueva vida.

La familia juega un rol muy importante en este aspecto al facilitar y apoyarlo al enfrentamiento a ese nuevo estatus sico-social.

Atención del equipo multidisciplinario: Esta entidad en su mayoría se van a ver acompañadas de otras afecciones a las cuales se les debe brindar la atención requerida. Es importante que se realicen las interconsultas con las especialidades médicas y paramédicas que van a garantizar la estabilidad física y emocional de estos casos.

Estos no son todos, pero sí algunos de los principales indicadores que debemos pensar y analizar al querer determinar la esfera pronostica del afásico.

ORIENTACIONES DIRIGIDAS AL AFÁSICO Y PERSONAL A SU CUIDADO EN LA PRIMERA FASE DE LA ENFERMEDAD.

Para conocer e interpretar la nueva conducta que muestra el paciente afásico debemos conocer que los trastornos funcionales presentes pueden obedecer a dos causas:

- 1.- Por pérdida temporal de la actividad en ciertas áreas cerebrales
- 2.- Por destrucción de tejidos cerebrales.

En el primer caso, la actuación terapéutica debe ser dirigida a disminuir la inhibición funcional específicamente; en el segundo aspecto, trabajamos en aras de reintegrar el complejo funcional dañado.

La restauración de estas funciones debe efectuarse con base en la reorganización de los sistemas funcionales como modo principal de terapia.

Existen dos tipos de reorganización funcional: intersistémico e intrasistémico ., si se quiere se pueden resumir ambos tipos diciendo que el restablecimiento se alcanza a través de la incorporación de un nuevo tipo de aferentación en el sistema perturbado.

En la reorganización funcional no sólo se cambia fundamentalmente la estructura, sino que se hace imprescindible la adquisición de una **conciencia** definida y nueva para llevar a cabo el propósito. La conciencia es la condición necesaria de toda función que quiera adquirir un nuevo sistema de aferentación. La nueva conciencia tiene la condición de tener un carácter mediatizador y esto es lo que prevalece en esta etapa inicial de la enfermedad.

El tratamiento del afásico sobre todo en etapas muy iniciales debe ir dirigido a organizar la conciencia del enfermo. Debe ser enfocado de manera integral, tomando parte en él según planteamientos del Prof. Cabanas (11) todo el personal del centro hospitalario e institucional, todo aquel que se interrelaciona desde etapas muy iniciales debe conocer la importancia que requiere la conducción adecuada del enfermo donde existe en muchos casos una conciencia no organizada con marcados trastornos en su comunicación. Debe brindárseles una atención física y psicológica ayudándolos en su desenvolvimiento general estableciendo un equilibrio emocional y eliminar las alteraciones de ansiedad.

Por su importancia , citaremos algunas de estas orientaciones que van dirigidas de forma muy especial a la familia instruyéndola para mejorar y organizar la conciencia y su nueva relación de vida en las indicaciones terapéuticas específicas.

Las que de forma general se deben conocer y aplicar en todo programa de rehabilitación del afásico son las siguientes :

.-Siempre mostrar relajación y calma ante el enfermo, no dirigir en esta etapa preguntas que

exijan respuestas complejas, no presionarlos para que digan palabras o frases completas.

.- Sólo lo estimularemos hablándoles lenta y correctamente cada palabra, de ser posible relacionarlas con el objeto mostrado y limitarnos a estas estimulaciones sensoriales hasta que reciba indicaciones técnicas más específicas.

.- Nunca presionarlo ni hacer burlas ante la emisión de malas palabras o formas estereotipadas de comunicación.

.- Ante la fatigabilidad, de lo cual son muy susceptible, cambiar la tarea o recesarla

.- Evitar referencias a épocas anteriores o posteriores a su enfermedad

.- Nunca pedirle que hable, esto vendrá del enfermo en la medida que su estado físico psicológico vaya mejorando y comience a desarrollar un programa de rehabilitación más personal y específico de su enfermedad.

Terapia del afásico. Líneas generales de tratamiento. Técnicas específicas de actuación.-

En este acápite nos vamos a referir solamente a los distintos medios de terapia funcional aplicados a estos enfermos a través de ejercicios funcionales utilizados en logopedia y foniatría, no considerando el uso determinado de agentes farmacológicos que en ciertas circunstancias se han propuesto en el restablecimiento de la función, esto debe ser dirigido más en el campo médico de especialistas clínicos o neurólogos que son los encargados de atender y establecer la parte correspondiente a los trastornos de organicidad latentes del daño cerebral.

Los trastornos residuales afásicos son susceptibles de reducirse en mayor o menor grado por medio de una terapia funcional adecuada, dependiendo el pronóstico muchas veces del tipo y de la continuidad de las medidas terapéuticas adoptadas.

En el campo del restablecimiento oral del afásico múltiples son los métodos y técnicas utilizadas en este empeño, podemos citar como ejemplo de ellas las que persiguen la estimulación de estos enfermos a través de video-cassettes ;también el método conocido como S.A.C. (SISTEMA ALTERNATIVO DE COMUNICACIÓN) que intenta a través de medios auxiliares externos lograr un mecanismo de comunicación, hasta las técnicas modernas más actualizadas donde se introduce la computación como mecanismo de restablecimiento del lenguaje, que si bien ayuda, no contempla la individualidad del proceso además de conocer que una máquina nunca logra suplir la actuación personal y humana. Es por eso que preferimos mostrar fórmulas que de una manera personal contemplan y logran la rehabilitación oral del enfermo a través de mecanismos específicos de actuación dirigido a cada uno de ellos.

Técnicas que abarca el programa rehabilitador del afásico.-

En primer término debemos aceptar que la restauración de estas funciones debe efectuarse con base en la reorganización de los sistemas funcionales como modo principal de la terapia que como ya se explicó anteriormente existen dos formas básicas de reorganización funcional: intersistémica e intrasistémica, se puede resumir ambos tipos afirmando que el restablecimiento se alcanza a través de la incorporación de un nuevo tipo de aferentación en el sistema funcional perturbado.(12)

En el tratamiento del afásico hemos desarrollado algunas técnicas basándonos en líneas de actuación que permiten la aplicación de forma organizada de un programa de rehabilitación en estos enfermos. Para su mejor estudio la dividiremos en tres modalidades o aspectos que a continuación describiremos:

a) **Líneas de actuación general.-** Pretenden de forma muy general la reorganización de la función a través de asociaciones sensoriales diversas como son las vías auditivas, visuales y cinésticas preferentemente, de esta forma se prepara al enfermo para una

futura actuación más específica.

b) **Líneas de actuación individual.**- Se aplica con el objetivo de restaurar de una manera más personal y calibrada el daño presente. Es la vía por excelencia de actuación

encaminada a lograr establecer una terapia dirigida al daño inherente a cada enfermo.

Siempre debemos hacer un enfoque individual del afásico aún cuando sea incorporado

otras formas de estimulación como es la terapia grupal.

c) **Líneas de terapia colectiva:** Algunos terapeutas la utilizan de manera sistematizada y única. No estamos en contradicción con su aplicación siempre que ella vaya acompañada previamente o a la par de un tratamiento individual que es en realidad el que va a permitir mejorar la solución de la afección.

A continuación describiremos los aspectos que contemplan cada una de estas técnicas.

A) Líneas de actuación general : Abarcan un conjunto de ejercitaciones que por diferentes vías sensoriales ayudan en la reorganización de nuevas fórmulas corticales.

Ellas responden a :

- Técnica inicial del afásico.
- Técnica sensorial general.
- Técnica automática.

Técnica inicial del afásico: Aquí se incluyen las siguientes ejercitaciones:

- 1- movimientos linguales en las cuatro direcciones
- 2- vocales desordenadas frente al técnico y al espejo
- 3- funcionalismo J
- 4- funcionalismo S
- 5- estimulación con láminas buscando desarrollar los procesos de asociación, identificación y nominación.

Esta técnica se utiliza en etapas muy tempranas de la enfermedad pudiendo aplicarse en plena diátesis, cuando aún no existe un diagnóstico definitivo, a través de ella, se logran restablecer patrones de motricidad articular, a la vez que se va organizando la conciencia y la función decodificadora con el auxilio de láminas y objetos de estimulación externa.

Técnica sensorial general: es la forma más general de estimularlos, aún cuando no se haya logrado la aplicación de métodos diagnósticos. Se realiza a través de la palabra, manteniéndolos en un mundo de estimulación oral y estableciendo un vínculo de palabra-objeto mostrado, o palabra-acción que se realiza; esto permite que se vaya iniciando una organización de la conciencia y un manejo más adecuado en el reconocimiento y adquisición de fórmulas orales. Es por eso que las orientaciones impartidas a la familia y a todo el personal a su alrededor, van encaminadas en este sentido. Todos los objetos que se ofrezcan y las actividades de la vida diaria deben ir acompañadas con palabras articuladas de forma claras, de ser posible repetir las varias veces para que de esta forma el enfermo logre asociar y captar el mensaje.(13)

Técnicas de automatización: Son fórmulas de expresión verbal de características estereotipadas que resultan de esquemas articulatorios fuertemente arraigados donde no requiere la participación de la construcción o formulación verbal como sucede con todas las formas de conteos: días de la semana, meses del año, direcciones, nombres de familiares, cánticos, poemas y toda forma impensada de comunicación.

B) Líneas de actuación individual, se aplican de acuerdo al daño que presenta la función.

En este grupo se encuentra las siguientes técnicas:

- 1.- Técnicas para la restauración de la fluencia oral
- 2.- Técnicas para el restablecimiento de la articulación
- 3.- Técnicas para mejorar la sintaxis
- 4.- Técnicas de restauración de la función nominativa y evocativa
- 5.- Técnicas para restablecer la lecto-escritura.

C Líneas de terapia grupal, sobre este tipo de estimulación debemos considerar la utilidad de su indicación sólo después de haber aplicado en nuestros enfermos un programa de rehabilitación personal. Esta terapia se desarrolla de la siguiente forma:

- se selecciona un grupo de pacientes los cuales se colocan en semicírculo frente al terapeuta
- se les muestra una tarjeta con un grafema a la vez que le articulamos el sonido intentando una asociación visuo-cinestésica.
- en próximas sesiones, se les muestra las tarjetas con el grafema con intención que ellos intenten su reconocimiento
- se van incorporando diferentes grafemas, poco a poco
- se van uniendo los grafemas a las vocales
- todos estos pasos se pueden realizar acompañados de formas melódicas o a la vez
- se canta una canción del argot popular realizando preguntas posteriormente sobre el contenido de la letra

Esta terapia colectiva donde se introduce las formas melódicas se hace efectiva en muchos casos, ya que es una forma amena y agradable de recibir y sacar formas latentes automáticas de comunicación, teniendo en cuenta que, la melodía es la bandeja de plata que se vale el idioma para transportar las palabras..

Bibliografía:

- 1.- Hecaen, H et Duvois, J. La Naissance de la neuropsychologie, Touray-Masson, París, 1969.
- 2.- Luria, A: El Cerebro en Acción. La Habana. Editorial Pueblo y Educación, 1982
- 3.- Vigosky, S.L. Pensamiento y Lenguaje. Paidós. Barcelona, 1995.
- 4.- Cabanas, Comas, R : Los sistemas funcionales del lenguaje. Folleto "Temas Logofoniatricos". Hospital Psiquiátrico de la Habana, 1979.
- 5.- Narbona, J Chevrie Muller C.- El lenguaje del niño. Masson, Barcelona, 1997.

- 6.- Golsdtein, K. Trastornos del lenguaje. Las Afasias: su importancia para la medicina y la teoría del lenguaje. Editorial Científico Médico. Barcelona, 1980.
- 7.- Pons, P. Et al: Tratado de patología y clínica médica. Tomo 4. Cap. 1. Pág.107.Salvat.
Barcelona, 1969.
- 8.-Ascoaga, J.E. Neurolingüística y fisiopatología. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1985
- 9.- Luria, A. Cerebro y Lenguaje. Afasia Traumática. Síndrome, exploración y tratamiento
Editorial, Fontanella, 1978.
- 10.- Golden Hemmeke, Ch. et al: Neuropsychologie Batery. Western. Sicological Service.
Los Angeles, 1980.
- 11.-Cabanas, Comas R. La comunicación oral, importancia médico social. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, 1982.
- 12.-Wertz R. T. Efificacy . Ind. Code C. Muller D. The treatment of aphasia from theory to practice. London, Whurn Publishers. Ltd. 1995. 309-339
- 13.-Peña Casanova J. Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados. Barcelona. Masson
1995