

AFASIAS

TEMA 1.

BASES NEUROLÓGICAS DEL LENGUAJE.

NEUROANATOMÍA DEL LENGUAJE

- Organización del sistema nervioso. Principios generales
- Estructuras corticales del lenguaje
- Protección y nutrición del encéfalo

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO

SNC + SNP + SN Autónomo o Vegetativo (simpático y parasimpático)

SNC	Encéfalo	Protegidos por meninges
	Médula espinal	Ventrículos, sistema vascular.

SNP	Nervios craneales. Transmiten información sensorial o motora a encéfalo
	Nervios espinales. Nervios mixtos desde la médula que enervan cuello y extremidades.

ENCÉFALO

Estructura de sustancia gris, de forma ovoide. Pesa entre 1300 y 1500 gramos.

Tiene 3 partes (de fuera a dentro):

Cerebro	Hemisferios cerebrales
	Ganglios basales
	Diencéfalo
Cerebelo	
Tallo o tronco encefálico	

HEMISFERIOS CEREBRALES

Las dos grandes mitades del cerebro, conectadas entre sí por el cuerpo calloso (haces de fibra de sustancia blanca). Son fundamentales para el lenguaje. En ellos se encuentran los principales mecanismos del habla y del lenguaje.

Cada hemisferio tiene 4 lóbulos: frontal, temporal, parietal y occipital. Están separados por circunvoluciones y cisuras (repliegues de la corteza y surcos que delimitan los lóbulos). Son importantes las Cisuras de Silvio y Rolando.

LÓBULO FRONTAL

Limitado por debajo por la Cisura de Silvio y por arriba por la Cisura de Rolando. Comprende aproximadamente un tercio de la superficie del hemisferio cerebral. Se distinguen 3 partes importantes:

- Circunvolución frontal ascendente: la mayor parte de la corteza motora primaria. Control primario del esqueleto de la mitad contralateral del cuerpo. De aquí parte la vía piramidal.
- Área premotora o motora suplementaria: vía extrapiramidal.
- Área de Broca: de asociación motora. Circunvolución anterior o----- _____

Una lesión en este lóbulo tendría una hemiplejía contralateral como problema para resolución de problemas.

LÓBULO TEMPORAL

Delimitado por arriba por la Cisura de Silvio y en su parte posterior por la línea imaginaria que lo separa del lóbulo occipital. Tiene tres zonas importantes.

- Área de Wernicke: circunvolución ---_____.
- Área de asociación auditiva. Responsable del análisis de estímulos auditivos hasta que son comprensibles.
- Circunvolución transversal (anterior o de Hesch). Constituye la corteza auditiva primaria. Los estímulos auditivos pasan al Área de Wernicke (de asociación) donde se da la comprensión del estímulo.

LÓBULO PARIETAL

Limitado por delante por la Cisura de Rolando, por debajo por la de Silvio y una línea imaginaria que lo separa del lóbulo occipital.

- Circunvolución parietal ascendente: área sensorial primaria
- Circunvolución marginal o de Gratiolet
- Circunvolución angular

Estas dos últimas pertenecen al lóbulo parietal inferior. Son las responsables del proceso de comprensión de la lectura y la escritura. Su función: percepción, elaboración de sensaciones somatoestésicas (dolor, tacto, presión, temperatura y posición en el espacio. También son cruzadas (por hemisferios).

LÓBULO OCCIPITAL

Ocupa una pequeña parte por detrás del lóbulo parietal. En él están:

- Corteza de asociación visual
- Corteza visual primaria.

Su función es básicamente la visión.

GANGLIOS BASALES

Estructuras subcorticales. Masas de sustancia gris en la parte profunda del cerebro, por debajo de la corteza cerebral. Constituidos por núcleo caudado y globo pálido. Asociados a funciones motoras. La lesión de algún ganglio (núcleo caudado izquierdo) causa afasias subcorticales.

CEREBELO

Parte posterior del cerebro. Parece una naranja. Tiene dos hemisferios cerebelosos, con una porción entre ambos: el *vérnix*. Coordina la motricidad fina de los movimientos del cuerpo. Tiene un papel importante en la coordinación de los movimientos de una articulación normal del habla. Por tanto, las lesiones en el cerebelo no provocan cuadros de afasia, sino de disartria o ataxia.

TRONCO ENCEFÁLICO

Estructuras que forman como una prolongación de la médula espinal. Se introduce en el cerebro a través de los hemisferios cerebrales.

DIENCÉFALO	TÁLAMO
	Hipotálamo
MESENCÉFALO	
PUENTE	
MÉDULA OBLONGADA	

TÁLAMO

Estructura grande de materia gris redondeada. Tiene 2 masas en forma de huevo a ambos lados del tercer ventrículo. Estructura subcortical que tiene funciones relacionadas con el habla y el lenguaje.

Podemos considerarlo el nudo de comunicación principal entre sensaciones periféricas y áreas de asociación cortical. Interviene en 2 funciones fundamentales: concentración y memoria. Por tanto cuando hay lesión del tálamo (sobre todo en el lado izquierdo) se dan cuadros de afasia, ligados a fluctuaciones de la atención y de la memoria verbal (afasias subcorticales).

Todas las fibras de sustancia gris están conectadas por fibras de sustancia blanca. Algunas de estas fibras son:

Cuerpo calloso (que une los dos hemisferios)
Fibras corticales
Fascículo longitudinal superior
Fascículo arqueado

Fascículo longitudinal superior

Vía de sustancia blanca que conecta áreas corticales posteriores de asociación sensitiva con áreas anteriores (frontales) de asociación motoras.

Fascículo arqueado

Más pequeña de las fibras nerviosas que parte del área de asociación auditiva (lóbulo temporal) y se une al fascículo longitudinal superior y llega hasta la corteza frontal de asociación motora (Broca). Si hay una lesión en este fascículo podemos encontrar cuadros de afasia de conducción (porque ésta se ve interrumpida).

PROTECCIÓN Y NUTRICIÓN DEL ENCÉFALO

El encéfalo está protegido por unas membranas, las meninges:

PIAMADRE

DURAMADRE

ARACNOIDES

Entre ellas se encuentra el LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, incoloro, transparente, que actúa de amortiguador entre el SNC y los huesos vecinos. Además aporta nutrientes al tejido cerebral. Ayuda a mantener la presión intercraneal y eliminar los desechos. Se origina en los PLEXOS COROIDEOS, localizados en los ventrículos. Existen dos ventrículos laterales (situados en el hemisferio); uno entre los tálamos y uno en posición anterior al cerebelo. Estos VENTRÍCULOS están comunicados entre sí:

Los ventrículos laterales con el tercero por el Agujero Magno

El tercero y el cuarto ventrículos laterales por el Acueducto de Silvio.

Por el sistema ventricular circula el líquido cefalorraquídeo.

VASCULARIZACIÓN CEREBRAL

El cerebro está enervado por las ARTERIAS CARÓTIDAS INTERNAS y las VERTEBRALES. Las INTERNAS proceden de la carótida común, ascienden por el cuello y se introducen a través del canal carotídeo del hueso temporal. Cuando llegan a la extremidad media de la Cisura de Silvio, se dividen en varias ramas, entre ellas:

- Arterias cerebral media o del lenguaje. Constituye la rama más importante de la carótida interna. Irriga toda la superficie lateral de los hemisferios cerebrales. También tiene ramas que irrigan el NÚCLEO CAUDADO, LENTICULAR y la CÁPSULA INTERNA. Cuando se produce obstrucción de esta arteria se produce un cuadro de afasia.
- Arteria cerebral anterior. Irriga la superficie media de la corteza cerebral hasta la cisura parieto-temporo-occipital. Ésta también tiene ramas que irrigan el núcleo caudado, lenticular y cápsula interna.

ARTERIAS CEREBRALES

Proceden de la arteria SUBCLAVIA y ascienden por los agujeros de las 6 primeras vértebras cervicales, penetrando en el encéfalo a través del agujero occipital. Una vez penetrado se unen todas las vertebrales de cada lado y forman la ARTERIA BASILAR: cuando llega al borde superior del puente, forma las arterias cerebrales posteriores, que irrigan la superficie inferolateral del lóbulo temporal y medio lateral del lóbulo occipital.

PRINCIPIOS DE ORGANIZACIÓN NEUROLÓGICA

CONTROL CRUZADO

El hemisferio cerebral de un lado del cuerpo controla los movimientos de la pierna y del brazo del lado opuesto. Este control es así porque a nivel del tallo encefálico inferior se produce un cruce de los principales tractos motores voluntarios.

CONTROL MOTOR DE UN MISMO LADO

Si se produce una lesión en el SN antes de que aparezca el cruce de los tractos motores, el efecto de la lesión

se observa en el mismo lado del cuerpo.

CONTROL MOTOR BILATERAL DEL HABLA

Para que se produzcan alteraciones importantes del habla tienen que producirse generalmente lesiones bilaterales. Si el daño que se produce en el SN es unilateral, los efectos en el habla no van a ser tan graves.

CONTROL UNILATERAL DEL LENGUAJE

En la mayoría de las personas se encuentra en el HI.

ESTRUCTURAS CORTICALES Y SUBCORTICALES DEL LENGUAJE.

Se sitúan en una zona denominada **ÁREA DEL HABLA PERISILVIANA**. En la mayoría de los casos (95%) el HI será el dominante para el lenguaje. Habiéndose comprobado que existen diferentes anatomías faciales entre uno y otro hemisferios. Así se ha comprobado que:

- El plano temporal (extensión del Área de Wernicke) es mayor en el HI que en el HD, en las personas que tienen el HI predominante para el lenguaje.
- La Cisura de Silvio es más larga en el HI
- Estudios de flujo sanguíneo cerebral, comisurectomías, etc., demuestran que el HI es dominante para el lenguaje.

Las **ESTRUCTURAS CORTICALES** son:

- Área de Broca
- Área de Wernicke
- Fascículo arqueado.
- Circunvolución angular
- Circunvolución supramarginal

ÁREA DE BROCA

Situada en la parte posterior de la tercera circunvolución frontal inferior. Esta área es la responsable de la programación motora del habla. Su lesión provoca una **AFASIA EXPRESIVA**.

ÁREA DE WERNICKE

Situada en el tercio posterior de la primera circunvolución temporal. Es la responsable de la percepción o comprensión del lenguaje. Su lesión lleva a la **AFASIA COMPRESIVA** o de **WERNICKE**.

FASCÍCULO ARQUEADO

Está constituido por un conjunto de fibras que parten del área de asociación auditiva (lóbulo temporal). Estas fibras forman un arco alrededor y por debajo de la circunvolución supramarginal y terminan en el Área de Broca. Este fascículo transmite información lingüística entre áreas anteriores y posteriores.

CIRCUNVOLUCIÓN ANGULAR

Situada en el lóbulo parietal, integra la información visual–auditiva y táctil. En ella se produce la integración simbólica de la lectura, por tanto su lesión produce un cuadro de **ALEXIA**.

ESTRUCTURAS SUBCORTICALES QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DEL LENGUAJE

TÁLAMO

Ciertas partes del tálamo sirven de centros transmisores entre las áreas de Broca y de Wernicke. El tálamo interviene en la mecánica y procesos de concentración. Su lesión ocasiona cuadros de AFASIA, independientemente de que haya o no lesiones corticales.

NEUROLOGÍA DEL LENGUAJE.

Aunque no se conoce la manera exacta del proceso neurofisiológico en el mecanismo central del lenguaje, existe un patrón aceptado por la mayoría de los especialistas del lenguaje: EL PATRÓN DE WERNICKE.

El patrón supone la existencia de una zona del habla perisilviana que incluirían las principales áreas del lenguaje y todas las vías de conexión entre estas áreas. Según el modelo, al escuchar un estímulo auditivo éste se transmite por el

NERVIO AUDITIVO
NÚCLEO GENICULADO MEDIAL
CÓRTEX AUDITIVO PRIMARIO (Área 41 de Brodman)
CIRCUNVOLUCIÓN ANGULAR
Se produce el procesamiento de la información visual
ÁREA DE WERNICKE (Comprensión del estímulo)
FASCÍCULO ARQUEADO
ÁREA DE BROCA (Expresión)

Con los estímulos visuales se da una vía paralela que, en vez de pasar por centros auditivos, pasa por centros visuales.

TEMA 2

CONCEPTO, ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LAS AFASIAS

aphasia a = privación

phasis = palabra

El estudio de las afasias fue iniciado por Broca en 1861 denominando a estos cuadros con el nombre de *afemia*. Trosseau en 1884 introdujo el término *afasia*. Posteriormente Wernicke contribuyó a ampliar el concepto de las afasias al encontrar una zona responsable de la comprensión del lenguaje.

Afasia es, pues, un trastorno del lenguaje secundario o debido a lesiones cerebrales que afecten a las áreas del lenguaje. En los cuadros de afasia se verán afectados: la capacidad par codificar y decodificar el mensaje verbal, las capacidades que inciden en la formación del lenguaje interior (como el análisis, la síntesis, la abstracción y la simbolización) y las funciones asociadas al pensamiento y a la inteligencia.

CAUSAS DE LAS AFASIAS

ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES – ACV

Aproximadamente el 40% de personas que sufren este tipo de accidentes presentan cuadro de afasia. Estos accidentes pueden ser provocados por: trombosis, embolias, hemorragias.

TROMBOSIS

Acúmulo de placas de ateroma en la pared vascular que causan un coágulo fijo en un vaso provocando una obstrucción del mismo. Sus principales causas son alteraciones sanguíneas det. y la arterioesclerosis.

EMBOLIA

Fragmento de un coágulo que circula por un vaso hasta producir una obstrucción. Algunas causas de embolia: valvulopatías (estenosis mitral), cirugía de cuello, fracturas de huesos largos (embolia grasa, como complicación), infarto agudo de miocardio, endocarditis bacterianas (toxicómanos), etc.

HEMORRAGIAS

Subaracnoideas: producidas por roturas de aneuriasmas.

Intracerebrales: secundarias generalmente a cuadros de hipertensión. Suelen ser de localización talámica.

A su vez los accidentes pueden ser:

TRANSITORIOS: menos de 24 horas

PERMANENTES: más de 24 horas.

TRAUMATISMOS CRANEO-ENCEFÁLICOS

ABIERTOS

Tienen peor pronóstico. Cuadros de afasia más severos porque generalmente cursan con destrucción de tejido cerebral.

CERRADOS.

TUMORES

PRIMARIOS

Se originan en el tejido cerebral.

METASTÁSICOS

Proceden de otra zona del cuerpo.

Estos cuadros de afasias se deben a: la propia localización del tumor y a la compresión de estructuras del lenguaje.

INFECCIONES

Cuadros de afasia más pasajeros: meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, infección (pus).

DEMENCIAS.

Pueden ir asociadas a cuadros de afasias. La más frecuente es la asociada a la enfermedad de Alzheimer.

CLASIFICACIÓN DE LAS AFASIAS

WEISENBURG: no es muy correcta, mezcla síntomas.

WERNICKE: motoras (lesiones anteriores) y sensoriales (lesiones en áreas posteriores)

NIELSEN: transcorticales. Lesión fuera del área perisilviana. Zona periférica.

HENRY HEAD

- Verbal: dificultad para comprensión y expresión de la palabra
- Sintáctica: errores de construcción gramatical y sintácticos.
- Nominal: dificultad para recordar ciertos nombres. Alteración en la forma simbólica de lectura y escritura.
- Semántica: alteraciones en la correlación de frases, de oraciones y en la secuencia de ideas.

GOLDSTEIN

- Pura: alteraciones en percepción y expresión del lenguaje.
- Central: alteraciones en el lenguaje interior.
- Amnésica: dificultad para encontrar las palabras adecuadas.

WEPMAN (amplió la clasificación)

- Expresivas: síntomas predominantemente motores
- Receptivas: síntomas predominantemente sensoriales.
- Expresivo–receptivas: síntomas mixtos.
- Global: afectadas todas las esferas del lenguaje.
- Agnosia: pérdida de la habilidad para reconocer objetos o símbolos a través de las vías sensoriales.
- Apraxia: pérdida de la habilidad para la ejecución de los movimientos simples voluntarios.

PIERON

- Verbal: cuadros con alteraciones en comprensión y expresión del lenguaje.
- Sordera verbal: falta de reconocimiento de sonidos y de palabras.
- Afemia: síntomas fundamentalmente motores.
- Agrafía: alteraciones en la escritura.

RONDAL (éste es el esquema que vamos a seguir)

Falta clasificar las afasias corticales.

Localización de la afasia en el mecanismo central del lenguaje:

ÁREA PERISILVIANA
Broca
Wernicke
Global

Conducción
TRANSCORTICALES
Motora transcortical
Sensorial transcortical
Transcortical mixta
SUBCORTICALES
Talámica
Síndrome de afasia putamen capsulares

Dominancias cerebrales atípicas, antecedentes neurológicos previos y abuso de alcohol, tabaco o drogas, no están incluidas en ninguna clasificación.

TEMA 3.

ASPECTOS CLÍNICOS GENERALES DE LAS AFASIAS

Las alteraciones que aparecen en las afasias se derivan de:

- Alteración directa del lenguaje.
- Alteración de los procesos mentales y conductuales.

Ámbito intelectual en general, retraso.

- Retraso general en el desarrollo intelectual.
- Habilidad reducida para generalizar, agrupar, categorizar, planear...

Ámbito emocional

(ver fotocopia 16)

ALTERACIONES DEL LENGUAJE AFÁSICO

FLUIDEZ

Palabras por unidad de tiempo

COMPRENSIÓN

Común a todas las afasias. Pero en determinados tipos de afasias la comprensión está más afectada que otros aspectos (Wernicke, Globales y Transcorticales sensoriales). La comprensión nunca se va a perder del todo en las afasias posteriores.

REPETICIÓN

Todas las afasias con afectaciones del área perisilviana tienen dificultades de repetición (Conducción)

LECTURA Y ESCRITURA

Alteradas en casi todas las afasias.

CIRCUNLOQUIOS

Palabras vacías, inespecíficas, parafasias (Fonémica, verbal). Vacilaciones, neologismos, perseveraciones. PARAFASIA es el acto de sustituir palabras o sonidos en palabras de modo que se disminuye o se altera el sentido de lo dicho.

Parafasias fonémicas o literales son sustituciones, adiciones o supresiones de fonemas.

Parafasias verbales o semánticas se refieren al uso incorrecto de una palabra.

CAUSAS DE LAS AFASIAS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

AFASIAS Y ACV

Cuando la causa es una HEMORRAGIA se producen más alteraciones a nivel cognitivo, que serán más acentuadas en personas ancianas. Las hemorragias producen lesiones talámicas, subcorticales.

Cuando la causa es una TROMBOSIS, dependiendo del vaso que se afecte, se producen:

ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR

Cambios en personalidad y humor. Trastornos obsesivos y compulsivos. Afasia transcortical y un síndrome de desconexión callosa.

ARTERIA CEREBRAL MEDIA

Irriga prácticamente todo el hemisferio, toda la superficie cerebral del hemisferio. Puede dar lugar a una afasia de Broca, Wernicke, de Conducción, Global o Nominal. Hemiplejía contralateral.

Rama frontal Broca
Frontal Afasia de Conducción
Rama temporal Wernicke

ARTERIA CEREBRAL MEDIA IZQUIERDA

Alexia con agrafía, Apraxia Ideomotriz y Síndrome de Gestman, en casi todo este tipo de lesiones.

Alexia con agrafía
Apraxia Ideomotriz
Síndrome de Gestman
En casi todo este tipo de lesiones

ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA

Síndrome de Heminégligencia izquierda (el sujeto ignora toda la parte izquierda de su cuerpo)
Apraxia Constructiva
Apraxia de vestir
Alteraciones Visoperceptivas, visoespaciales y de memoria visual
Apraxias: áreas de asociación motora

ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR IZQUIERDA

Afasia sensorial transcortical
Afasia anómica
Alexia pura o Agnosia (dificultad para el reconocimiento)
Alteraciones en la memoria verbal

ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR DERECHA

Apraxia constructiva
Desorientación espacial
Alteraciones en la memoria visual

CARÓTIDA INTERNA IZQUIERDA

Global
Hemiplejía Contralateral
Hemianopsia

TUMORES CEREBRALES

Son otra de las causas de afasias, por localización del tumor o por efecto compresivo.

No hay relación entre la malignidad de un tumor y el trastorno cognitivo que éste puede producir.

Entre los tumores cerebrales hay grandes diferencias entre la localización del tumor y la función afectada.

TUMORES EN EL LÓBULO FRONTAL

Alteraciones conductuales y de la atención

Afasia motora y transcortical motora

Trastornos de la personalidad

TUMORES EN EL LÓBULO TEMPORAL IZQUIERDO

Afasia de Wernicke

Afasia transcortical sensorial

Afasia anómica (está en casi todos los tipos de afasia)

Afasia visual y auditiva.

TUMORES EN EL LÓBULO TEMPORAL DERECHO

Alteraciones en la prosodia

Agnosia auditiva no verbal (agnosia para los sonidos)

TUMORES EN EL LÓBULO PARIETAL IZQUIERDO

Acalculia

Alexia

Agnosia somatosensorial

Alteraciones de la memoria inmediata

Alteraciones de la atención

Apraxia constructiva

TUMORES EN EL LÓBULO PARIETAL DERECHO

Apraxia constructiva

Agnosia visual

Negligencia contralateral o inatención unilateral.

CONVULSIONES O EPISODIOS COMICIALES

Son otras causas de afasia. (Convulsión: descarga anómala, exagerada de un determinado grupo neuronal). Se pueden manifestar en forma de crisis generalizadas o parciales.

Aproximadamente el 25% de personas con ACV pueden desarrollar episodios comiciales entre los 6 y los 9 meses siguientes al accidente. En ocasiones estos episodios son subclínicos, no tienen una manifestación objetiva, sino que es preciso descubrirlos con un EEG. Su relación con los cuadros de afasias pueden afectar negativamente la recuperación.

CRISIS PARCIALES

Originan mayores trastornos cognitivos. Hay ciertas regiones del lóbulo temporal que son muy epileptogénicas. Cualquier causa de crisis focal puede dar lugar a una afasia paroxísmica, caracterizada por un bloqueo del lenguaje, estado confusional transitorio y trastornos en la comprensión auditiva. Muchas veces estas afasias son la presentación maligna de tumores del lóbulo temporal.

DEMENCIAS

Son otra posible causa de afasia. Para hacer una evaluación correcta de la afasia en la demencia es necesario conocer los cambios del lenguaje que se producen en el envejecimiento normal (anomias, vacilaciones y falta de fluidez verbal).

Las demencias más frecuentes son:

ALZHEIMER

En este tipo de demencias los primeros síntomas son alteración de la memoria, disfunción del lenguaje caracterizada por anomia y deterioro de la comprensión auditiva. También alteraciones visoespaciales que sugieran un trastorno parieto-temporal. En estadios avanzados aparecen signos de disfunción frontal.

La afasia de este tipo de pacientes se desarrolla por etapas, que se asemejarán a los patrones de la afasia

anómica, afasia transcortical sensorial y afasia de Wernicke.

Una característica de esta afasia es que en estadios iniciales presentan cuadros de afasias no fluidas.

ENFERMEDAD O DEMENCIA DE PICK

Se produce una atrofia cerebral selectiva de los lóbulos frontales y temporales. Por tanto este tipo de demencia empieza con signos de deterioro de los componentes motores del lenguaje; también tienen pérdida notable de la capacidad de abstracción, así como la capacidad para categorizar.

AFASIAS Y TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

Los traumatismos craneoencefálicos son la primera causa de muerte entre los 5 y los 35 años. Aproximadamente el 80% de estos traumatismos son debidos a accidentes de tráfico. Producen unas secuelas físicas, cognitivas y conductuales, responsables de más o menos el 40% de las grandes minusvalías.

FISIOPATOLOGÍA DE LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

Afectan al cerebro de dos formas:

AFECTACIÓN FOCAL Y AFECTACIÓN DIFUSA

Focalmente las lesiones que se producen se deben por una parte a un mecanismo de acción directo (lesión por golpe). Esta acción puede dar lugar a contusiones o a lesiones más profundas que pueden causar hemorragias intracerebrales. Dependiendo del punto de lesión se pueden producir o no cuadros de afasia que pueden ir acompañadas de déficits cognitivos.

También se puede producir un daño focal en el cerebro por el contragolpe. La lesión se produciría por el choque del cerebro contra la pared interna del cerebro. Este es un daño típico de los procesos de aceleración y deceleración.

También puede haber una afectación difusa por rotura de las envolturas de sustancia blanca que protegen los axones, produciéndose una lesión axonal difusa. Cuando se produce este tipo de lesión la conexión del impulso nervioso se ve interrumpida y, por tanto, aparece una lentitud en el procesamiento de información, así como dificultades en la asociación. Esta lesión no es visible por técnicas de neuroimagen.

Los traumatismos craneoencefálicos se clasifican en leves, moderados o graves, en función de la duración del coma y de la amnesia postraumática.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA DE LA AFASIA TRAUMÁTICA.

TIPO DE HERIDA

Los traumatismos craneoencefálicos pueden ser abiertos. En éstos hay una gran destrucción del tejido cerebral. También pueden ser cerrados, en los que hay afectación del cráneo y del cuero cabelludo.

En el período inicial, después de un traumatismo, se produce un bloqueo funcional que aparece tanto en traumatismos abiertos como en cerrados. Es decir, en el período inicial, el tipo de herida no influye excesivamente en la deficiencia funcional que aparezca. La diferencia real entre las deficiencias funcionales de las heridas penetrantes y no penetrantes se manifiesta sólo en el período de restablecimiento. De modo que las heridas penetrantes dan lugar a cuadros de afasia más graves y de más difícil recuperación que las heridas

no penetrantes.

CLASE DE TRAUMATISMO

La amnesia postraumática es el mejor indicador de las secuelas que va a tener el sujeto.

GRADO DE DOMINANCIA HEMISFÉRICA

Existen una serie de estadios intermedios que van desde la dominancia absoluta y total del HI, hasta la transferencia parcial o total del papel dominante del HD.

CLÍNICA

En un primer momento se produce una afectación general por el daño que se produce. Aparece porque generalmente hay un edema cerebral, así como alteraciones en el líquido cefalorraquídeo. Posteriormente aparecerán una serie de trastornos o déficits neuropsicológicos como:

Lentitud en el procesamiento de la información
Alteración de la atención y la concentración
Dificultad en aprendizaje y memoria
Alteración en las funciones ejecutivas
Distractibilidad
Dificultad para pasar de una tarea a otra: perseveraciones
Incapacidad para prestar atención a dos tareas a la vez
Afectación en la planificación y motivación
Afectación en la ejecución/regulación de la actividad
Afectación en el razonamiento abstracto, menor capacidad para conceptualizar y categorizar
Trastornos de personalidad

TRASTORNOS LINGÜÍSTICOS EN TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

No afasias clásicas
Afasias subclínicas con:
Trastornos expresivos, más que comprensivos
Denominación pobre
Simplificación de la sintaxis
Reducción léxica
Trastornos de lectoescritura
Dificultad para mantener la conversación en un tema
Etc.

TEMA 4

AFASIAS DE BROCA Y WERNICKE

AFASIA DE BROCA

Es afasia adquirida que se produce por afectación en el área de Broca y en sus conexiones. El área es la responsable de la programación motora del lenguaje.

CAUSAS

Trombosis y embolias de arteria cerebral media en la rama superior
Tumores
Hemorragias hipertensivas
Hematomas postraumáticos...

LIMITADA A LA AFECTACIÓN DEL ÁREA DE BROCA

Más que una afasia se trata de un trastorno del habla con disprosodia ligera y agrafía, pausas para buscar palabras y ligera disartria.

Para que se produzca un cuadro clásico de Broca la lesión debe extenderse a la sustancia blanca y adyacente. El cuadro clínicamente tiene muchos trastornos lingüísticos y síntomas asociados:

Hemiplejía contralateral
Apraxias, generalmente ideomotrices, respiratorias, bucofonatorias...)

LAS ALTERACIONES LINGÜÍSTICAS

EXPRESIÓN

Predominan los trastornos de la expresión sobre los de comprensión. Es una afasia no fluida en la que la LME está acortada. Precisan grandes esfuerzos para hablar. Presentan disprosodia y agramatismo, que se caracteriza por: la supresión de enlaces gramaticales con uso preferente de sustantivos, verbos y adjetivos, lo que da lugar al habla telegráfica. En casos la alteración llega al mutismo. La repetición también está alterada.

COMPRENSIÓN

La auditiva y la visual están intactas o prácticamente normales, porque no hay lesiones posteriores. Generalmente presentan dificultad en determinados enlaces sintácticos.

ESCRITURA

También está alterada. Letra grande, mala caligrafía, de forma enredada y con muchos borrones, así como omisiones de letras.

LECTURA

La comprensión está más alterada que la oral. Conservan el lenguaje automatizado (días de la semana, meses del año...)

FASES DE BROCA

PRIMERA FASE

Supresión del lenguaje que excepcionalmente puede manifestarse como un mutismo. Lo más frecuente son estereotipias verbales, que pueden hacerse irreversibles o pueden evolucionar hacia estereotipias controladas en las que hay un gran valor comunicativo.

SEGUNDA FASE

Disminución de la reducción del lenguaje, que llega a un agramatismo con disminución de la fluidez verbal, pero con un grado considerable de comunicación. También hay anomia, que se manifiesta más en conversación, narración y evocación, y mejora en la denominación por confrontación.

La comprensión del lenguaje está afectada en comprensión de enlaces sintácticos. La escritura comprensiva está bastante afectada.

La escritura en fase inicial de supresión, generalmente puede realizar estereotipias gráficas (círculos, palotes...) Evolucionan hacia agramatismo escrito con paragrafías y alteraciones del grafismo.

AFASIA DE WERNICKE

CAUSAS

Trombosis
Embolias de rama la inferior de la arteria cerebral media
Tumores
Hemorragias

Se han definido dos formas clínicas que están en función de la localización anatómica de la lesión:

Lesión a nivel temporal. Variante sordera de palabras. Dificultad en palabras aisladas. Comprensión preservada (mejor en palabras dentro de un contexto). En estos casos la lectura estaría poco afectada.
Lesiones que se extienden posteriormente, rompiéndose las conexiones visuales. En estos casos se produce mayor dificultad en comprensión de lenguaje escrito y con menos dificultad para comprender palabras aisladas.

CLÍNICA

Afasia fluida (expresión) con lenguaje abundante y logorreico, lenguaje continuo y rápido, está constantemente hablando. Hay parafasias de todo tipo y neologismos. Parece que el sujeto está excitado, alterado, al hablar. Gesticulación aumentada. LME normal con estructura sintáctica bastante aceptable. Articulación y prosodia normales. Generalmente usan un lenguaje carente de sentido, lenguaje vacío. Suelen presentar anosognosia (no se sabe lo que dice ni lo que está pensando). La repetición también está alterada. Comprensión muy afectada, fallando incluso en la ejecución de órdenes simples.

Cuando se le dan órdenes que involucren a todo el cuerpo (póngase de pie, siéntese...), son capaces de entenderlas (HD tiene un papel importante en este tipo de órdenes).

En lectura tienen importantes defectos en comprensión y en verbalización. En escritura conservan el grafismo y los automatismos.

A veces la afasia de Wernicke evoluciona hacia una afasia de Conducción.

TEMA 5

AFASIA DE CONDUCCIÓN Y AFASIAS TRANSCORTICALES

AFASIA DE CONDUCCIÓN

Pueden existir dos localizaciones: una incluye el fascículo arqueado y la otra en el propio área de asociación auditiva, lóbulo temporal izquierdo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Afasia fluida con comprensión normal. La repetición es marcadamente defectuosa. Presenta expresión entrecortada. Dificultad para evocar palabras, pausas y vacilaciones. Disprosodia. Parafasias, normalmente fonémicas. Muchas veces el paciente recurre a una lentitud voluntaria de su expresión en un intento por controlar su producción verbal.

Comprensión del lenguaje normal.

Repetición marcadamente defectuosa. Pueden tener buena repetición de palabras cortas, con gran dificultad en frases largas. Anomia en grado variable.

La lectura en voz alta no es normal, porque tienen alterada la repetición; la comprensión lectora y la lectura en silencio es normal.

En escritura conservan el grafismo y el automatismo. Copiando son mejores que al dictado. Ortografía con nivel bajo. Omisiones, inversiones, sustituciones de letras y palabras.

Suelen acompañarse de apraxias de miembros y bucofacial. Normalmente bilaterales de miembros superiores.

AFASIA TRANSCORTICAL

Se produce cuando hay afectación en las zonas limítrofes con las zonas del habla perisilviana, pero estas zonas perisilvianas están intactas y conectadas entre sí, y desconectadas de las zonas limítrofes.

Alteraciones de expresión y comprensión. Su característica fundamental: repetición intacta, pudiendo existir ecolalia.

AFASIA SENSORIAL

Se produce por grandes lesiones en las áreas parieto-témporo-occipital. Se destruye la conexión entre estas áreas y la de Wernicke.

Se da por lesiones bilaterales. Es la más frecuente en Alzheimer. Constituye una afasia de Wernicke con repetición intacta. Parafasias verbales y neologismos. Gran número de frases hechas, circunloquios y frases inacabadas. Comprensión afectada.

Cuando el cuadro es de inicio brusco, la afectación se produce desde el principio. Pero en otros casos la comprensión se va afectando progresivamente, como es el caso del Alzheimer.

Repetición buena, con ecolalias.

Escritura con neologismos y perseveraciones.

Comprensión lectora afectada. Existe una disociación entre una buena verbalización y una mala comprensión.

AFASIA TRANSCORTICAL MOTORA

Puede presentar diferentes localizaciones. Se produce por alteración de la corteza motora suplementaria y vías de sustancia blanca por debajo de ella. Otra localización posible es por delante y por debajo de Broca. Interrupción de conexión entre área motora suplementaria y Broca.

Generalmente por ACV que origina un infarto en la zona.

Afasia no fluida con tendencia al mutismo. Expresión reducida. Comprensión generalmente normal, aunque existen fallos en tareas complejas. Repetición normal.

AFASIA TRANSCORTICAL MIXTA = SÍNDROME DE AISLAMIENTO DEL ÁREA DEL HABLA

ÁREA DEL HABLA

Destrucción de toda la zona limítrofe (casi global).

CAUSAS

Intoxicación por monóxido de carbono. Edemas cerebrales secundarios a un TCE. Cuadros de hipoxia severa.

AFASIA GLOBAL O TOTAL

Repetición conservada. Alteraciones en el campo visual y hemiplejía derecha.

TEMA 6

ANOMIA _ AFASIA GLOBAL _ OTRAS FORMAS AFÁSICAS

AFASIA ANÓMICA O NÓMICA

Presenta una falta de vocabulario más o menos intensa, puede representar el estadio inicial de un proceso evolutivo (degenerativo o tumoral) o también puede ser la secuela de un cuadro más complejo, como la Afasia de Wernicke o una Afasia Sensorial Transcortical.

Las lesiones que pueden dar lugar a un tipo de afasia nominal pueden ser aquellas que se sitúan en la circunvolución angular, así como las lesiones en la segunda circunvolución temporal.

Se caracteriza porque a nivel de expresión es fluida, en la que destaca la falta de sustantivos. La prosodia y la articulación son normales. La característica más importante es una falta de vocabulario, presentando circunloquios, frases mal acabadas y vocablos mal escogidos.

La comprensión es buena, excepto en aquellas tareas de gran complejidad y elaboración. No presentan alteraciones en la repetición. La lectura no está afectada y las alteraciones en la escritura se derivan de la falta de vocablos.

AFASIA GLOBAL

Se predice cuando está afectada toda la zona del habla perisilviana. Y cuando había una afectación en la arteria cerebral media o de la carótida interna.

Deterioro severo en las capacidades de comprensión y expresión del lenguaje y es la suma de una Afasia de Broca y una Afasia de Wernicke, en su lado más severo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En cuanto a la expresión se encuentra muy afectada e inicialmente suele haber mutismo, que aparece en el principio del proceso, evolucionando el paciente hacia un lenguaje en el que utilizará palabras simples de forma repetitiva. Se expresa muchas veces a través de gestos.

En cuanto a la comprensión se encuentra muy afectada inicialmente, aunque suele tener mejor evolución que la expresión. La repetición se encuentra muy afectada. La lectura y la escritura sufren un deterioro severo.

AFASIA SUBCORTICAL

No tienen localizaciones topográficas específicas y los cuadros clínicos no están estudiados. Se puede hablar de dos variedades de afasias subcorticales:

La afectación se localizará en los ganglios basales y/o en regiones adyacentes de la cápsula interna.
Se situará en el tálamo izquierdo.

Suelen ser afasias transitorias con una expresión caracterizada por el mutismo, que suele evolucionar hacia lenguaje con parafasias. Tienen monotonía al hablar y pueden presentar alteraciones en la articulación.

Son afasias no fluidas en las que la comprensión también se ve afectada, de tal forma que sólo comprenden acciones simples. Puede acompañarse de hemiplejía.

Existen afasias mixtas que se corresponden con formas intermedias de los diferentes tipos de afasias.

TEMA 7

AFASIA INFANTIL ADQUIRIDA _ AFASIA CONGÉNITA

AFASIA INFANTIL ADQUIRIDA

Es un trastorno del lenguaje consecutivo por una lesión cerebral que aparece en un sujeto que ha adquirido un cierto nivel de comprensión y expresión verbal.

Si atendemos a esta definición podemos encontrar en la literatura, una serie de alteraciones definidas como afasia del niño cuando en realidad pueden ser una serie de trastornos diversos que van desde la afasia congénita hasta los retrasos del lenguaje sin alteraciones neurológicas evidentes.

CAUSAS

Traumatismos craneoencefálicos
Infecciones
Alteraciones vasculares

EXPRESIÓN

Son afásicos no fluidos, independientemente de que la localización de la lesión se sitúe en las zonas anteriores

o posteriores del lenguaje. Cuando hay una afectación generalizada (encefalitis) puede darse un cuadro de mutismo inicial. El lenguaje se caracteriza por una reducción del lenguaje espontáneo, con una simplificación de la sintaxis, presentando expresión telegráfica y trastornos en la articulación. No suelen darse estereotipias ni perseveraciones.

COMPRENSIÓN

Se puede ver afectada, pero son mucho menores que los trastornos expresivos. Aparecen trastornos en la comprensión en relación con la edad, de tal forma que estos trastornos serán mayores cuanto mayor sea la edad del niño.

LECTURA Y ESCRITURA

Afectadas, recuperándose antes los de lectura que los de escritura.

PRONÓSTICO

Está en función de la edad, de forma que la recuperación postlesional es más completa y rápida en el niño más pequeño, de tal forma que si la afasia viene a los 14 años aproximadamente, la recuperación va a ser la misma que en el adulto. Tienen mejor recuperación los cuadros con trastornos puramente expresivos.

Los afásicos consecutivos a lesiones traumáticas, se recuperan antes que los causados por afecciones vasculares.

En todos los casos van a persistir los trastornos del lenguaje que se caracterizarán por una dificultad en la construcción de frases y en la definición de palabras.

El devenir escolar y profesional se verá afectado, no alcanzarán una escolarización correspondiente a su edad.

AFASIA CONGÉNITA

Dificultad importante en la adquisición del lenguaje que se presenta en un niño con capacidades cognitivas no verbales normales, así como una normalidad o integridad, al menos relativa, de los aparatos sensoriales y motores.

Quedan excluidas de este tipo de afasias todos los retrasos del desarrollo del lenguaje, secundarios o imputables a trastornos de conducta, auditivos, motores específicos o déficit intelectuales globales.

Están afectadas expresión y comprensión del lenguaje, aunque uno de estos dos aspectos puede estar más afectado que el otro.

Lo que las caracteriza es que las capacidades necesarias para la expresión y comprensión, y para la integración de acontecimientos secuenciales auditivos, son especialmente deficitarios.

ETIOLOGÍA

Se han establecido 3 hipótesis etiológicas:

- La primera establece que estos niños presentarían un disfuncionamiento o un retraso severo en la maduración de los sistemas de diferenciación y de la integración de los sonidos verbales.

- Existirían lesiones cerebrales precoces que pueden ser evidenciables o no a nivel de lóbulos temporales y de los A. parieto-temporo-occipitales.

- Existiría un retraso madurativo cerebral a nivel de los procesos auditivos con un sistema de almacenamiento de signos verbales defectuoso. Tendrían incapacidad de organizar los estímulos auditivos, de retenerlos en la memoria y de estructurarlos. Presentarían además un déficit en cuanto a la percepción y a la discriminación de fonemas en un contexto lingüístico. Presentarían dificultad para determinar el orden de presentación de los acontecimientos, así como un déficit relativo a la memoria secuencial de los acontecimientos temporales.

DIAGNÓSTICO

Lo primero que hay que hacer es un diagnóstico diferencial con otros cuadros que pueden producir alteraciones en el desarrollo del lenguaje, como son el retraso mental, la pérdida auditiva periférica, los cuadros de autismo.

Diferenciación entre la afasia congénita y un retraso simple del lenguaje: algunos autores basándose en la ausencia de diferencias etiológicas claras, consideran que el conjunto de trastornos evolutivos del lenguaje forman un continuo que va desde el retraso del habla en su extremo más leve hasta la afasia congénita en su extremo más grave.

Se pueden establecer diferencias que permitan diferenciar un retraso simple del lenguaje de una afasia congénita. En el retraso simple del lenguaje se produce desfase cronológico que respeta las etapas habituales del desarrollo y que se reduce progresivamente con el tiempo y/o con la reeducación.

En la afasia congénita existe un trastorno profundo en los mecanismos de adquisición del lenguaje, de tal forma que estos niños presentarán una estructura del lenguaje que no va a suponer un determinado nivel.

Tanto el pronóstico como los mecanismos de reeducación en retraso simple y afasia congénita, son diferentes, de ahí la importancia de reconocer cuanto antes con qué tipo de trastorno nos encontramos. Esto es posible mediante la valoración de:

1. La importancia del retraso en la aparición del primer lenguaje, la aparición de las primeras palabras después de los 3 años, de las primeras combinaciones después de los 4 años, y la persistencia de un lenguaje esquemático más allá de los 6 años, indicarían una gravedad que no se podría asistir a un retraso simple del lenguaje.
2. Los niños con afasia congénita tienen heterogeneidad lexical, con un agramatismo significativo, de tal forma que pueden producir enunciados de 6, 7 ó 10 palabras sin ningún tipo de nexos, ni flexión verbal.
3. En el retraso simple el espectro más afectado es la expresión (más que la comprensión, que suele ser normal). En afasia congénita hay trastornos en expresión y comprensión.
4. En la afasia congénita es frecuente la dificultad en la atención y el retraso psicomotor, pudiendo aparecer también estos trastornos en los retrasos simples, pero de forma mucho menos marcada.
5. La lentitud de la evolución nos lleva hacia retraso simple o afasia congénita. En la afasia congénita la evolución suele ser muy lenta, mientras que los retrasos simples responden positivamente a la intervención logopédica.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Retraso cognitivo que no va a ser aparente en los resultados obtenidos durante las pruebas normalizadas de ejecución intelectual. El CI no verbal se encuentra en los límites de la media, presentando una reducción verbal débil.

- Déficit en memoria secuencial, presentando dificultades para determinar el orden de presentación de estímulos visuales, pero sobre todo auditivos. También presentan dificultad en la memoria secuencial de acontecimientos encadenados.
- Déficit en la capacidad de memoria inmediata; presentan dificultad temporo–espacial.
- Trastornos perceptivo–auditivos.
- Dificultad en discriminación de sonidos (sobre todo el orden de presentación)
- Atención alterada
- Hiperactividad
- Alteración en el desarrollo psicomotor (psicomotricidad fina)
- Alteración en el esquema corporal y dominancia cerebral
- Alteración de la percepción viso–espacial, que crea problemas en la escritura
- Alteraciones de la conducta social y relaciones emocionales frente al aprendizaje con incoherencia en las respuestas.
- Hay cuadros con afectación fundamental de la expresión; en otros la comprensión en el aspecto más marcado, y casos de expresión y comprensión.
- Tienen sintomatología lingüística muy marcada.

TEMA 8

AFASIAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Son interesantes de conocer los trastornos asociados a las afasias a la hora del tratamiento.

HEMIPLEJÍA

En el 80% de los casos de afasias no fluidas y en un 20% de los casos de afasias no fluidas. Ocasiona y tiene consecuencias en la actitud del paciente, que tendrá reacciones negativas, reactivas.

HEMIANOPSIA

Alteraciones o defectos en el campo visual. Generalmente con lesiones posteriores. La más común es la Hemianopsia Homónima Derecha, en la que el sujeto no puede ver el campo visual derecho. Hay una pérdida de visión hacia la derecha.

PARÁLISIS PSEUDOBULBAR

Como complicaciones de una afasia. Afectación de la vía nuclear de forma bilateral, por lo que interrumpe la conducción por la vía piramidal. Se presenta cuando la causa que origina el cuadro es un infarto cerebral.

Un infarto cerebral
Proceso degenerativo
Algunos procesos inflamatorios

Clínicamente se manifiesta por:

Alteración en la fonación
Alteración en la deglución
Parálisis más o menos importantes de la lengua
Puede existir una alteración o defecto motor de las extremidades bilaterales

ALTERACIONES EN LA MOVILIDAD OCULAR

Son más frecuentes en las fases iniciales. Defectos en la mirada voluntaria o en el seguimiento de un objeto. Puede crear dificultades en tareas de lectura.

DISFONÍA ADQUIRIDA

Pueden ser permanentes o transitorias. Las permanentes suelen aparecer ante lesiones bilaterales.

HABLA ESCÁNDIDA

Lentitud, monotonía y segmentación en sílabas, con una adecuada estructura lexical, gramatical y semántica. Se encuentra en algunos afásicos con traumatismo craneoencefálico.

HIPOFONÍA

Alteración del lenguaje que afecta a la intensidad y al timbre de la voz. Asociados a lesiones:

Agudas del área de Broca
Área motora suplementaria del hemisferio dominante
Talámicas
Bilaterales

INATENCIÓN UNILATERAL

También llamada negligencia del espacio contralateral. Aparece fundamentalmente en lesiones derechas, aunque pueden aparecer en lesiones izquierdas (síndrome del Lóbulo Parietal).

AGNOSIAS

Freud (91) fue el primero que lo introdujo para referirse a la ceguera verbal. Son trastornos en el reconocimiento, por causa de lesión cerebral, con afectación de las áreas de asociación sensorial cortical (donde se almacena la memoria relacionada con las características táctiles o visuales de los objetos).

Hay tres tipos: visual, auditiva y táctil.

AGNOSIA VISUAL

Incapacidad para reconocer objetos, imágenes, colores y símbolos gráficos. Se produce una interrupción, una improducción entre la conexión de las áreas del lenguaje y las áreas visuales.

Puede aparecer por lesiones bilaterales amplias del lóbulo parietal y occipital, o por unilateral, en la que haya destrucción de la corteza visual izquierda, junto con lesión en el rodete o esplendio del cuerpo calloso.

AGNOSIAS AUDITIVAS

Pueden presentarse de dos formas:

INCAPACIDAD PARA RECONOCER ESTÍMULOS NO VERBALES

El sujeto comprende perfectamente el lenguaje, pero no reconoce otros estímulos auditivos ni lingüísticos.

INCAPACIDAD PARA COMPRENDER ESTÍMULOS LINGÜÍSTICOS

Se denomina AGNOSIA VERBAL AUDITIVA o SORDERA DE PALABRA PURA. El sujeto no comprende el lenguaje, pero puede leer en voz alta y comprender muy bien lo que lee. La agnosia para ruidos se produce con lesión en áreas de asociación auditivas de ambos hemisferios.

La agnosia para los estímulos lingüísticos se produce por lesiones unilaterales localizadas en la parte profunda del lóbulo temporal (concretamente en las fibras hacia la circunvolución de Heschl). También puede producirse por lesiones bilaterales que afecten a la parte media de la circunvolución temporal superior (porque no llega a Wernicke, que es el que comprende).

AGNOSIA TÁCTIL

Incapacidad de reconocer objetos por el tacto. El sujeto mantiene la capacidad para reconocerlos por estímulos visuales o auditivos. Por lesiones en el Area 6 (¿?) del lóbulo parietal en su circunvolución lateral ascendente.

Hay una desconexión entre la corteza somatoestésica izquierda y el área del lenguaje. Se producirá en la mano derecha. También puede producirse por lesión bilateral de lóbulos parietales.

Esto hay que evaluarlo en todos los afásicos, porque podría ser que no hubiese un problema del lenguaje, sino uno derivado de las agnosias.

SÍNDROME DE GERSMAN

Es una agnosia táctil (de dedos). Desorientación derecha – izquierda. Acalculia y agrafia. Por lesión en el lóbulo parietal izquierdo. Puede formar parte de un síndrome de la circunvolución angular izquierda en la que además habría alexia, afasia con fluidez moderada y trastornos de construcción.

APRAXIA

Son trastornos al realizar actos motores aprendidos, pudiendo realizar esos mismos actos de forma automática. No se deben ni a parálisis ni a debilidad, ni a incoordinación, ni son explicables como pérdida sensorial. Problema de comprensión o falta de atención a órdenes. Hay una alteración en la realización de movimientos voluntarios.

Son frecuentes en muchos trastornos metabólicos y estructurales que afectan al cerebro de forma difusa. Se producen también alteraciones en las vías de asociación motora. Hay diferentes tipos.

APRAXIA IDEOMOTRIZ

Es la más frecuente. La planificación motora no sufre alteración, pero los gestos motores individuales que conforman el acto motor sí están alterados. Las alteraciones más importantes se producen en los músculos de la boca, extremidades superiores e inferiores y en los músculos del tronco.

Hay que descartar problemas de comprensión en el sujeto.

APRAXIA ORAL O BUCOFACIAL

Lesión de los movimientos (gestos) no involucrados en el habla de los músculos de la faringe, laringe, lengua y mejillas. Sí pueden hacerse imitativa o automática, pero no voluntariamente.

APRAXIA DEL HABLA

Es la AFASIA MOTORA PURA o AFEMIA. Disminuye la capacidad para ejecutar los movimientos adecuados para la articulación del habla. Puede coexistir con la Apraxia Oral, pero puede haber una Apraxia del Habla Pura cuando hay lesión que afecte excesivamente al área de Broca. Aunque lo más frecuente es que se asocie a la Afasia de Broca clásica, que se acompaña de Apraxia Oral.

APRAXIA IDEATORIA

Incapacidad para realizar un plan motor complejo, respetando su sucesión lógica (es diferente a la Ideomotriz). Frecuente con cuadros de demencia. Se produce con lesiones parietales amplias que afectan a la circunvolución supramarginal y angular.

APRAXIA CONSTRUCTIVA

Incapacidad de dibujar o realizar construcciones con cuerpos en el espacio. Se asocia a lesiones en el lóbulo parietal y más acusado si el lóbulo parietal es el derecho. Son signos precoces en los cuadros de demencias

DISARTRIAS

Buscar otra fuente

ALEXIA

Incapacidad para comprender la palabra escrita o impresa. Se produce por lesión cerebral, por lo que es un trastorno adquirido (al contrario que la dislexia, que es innata o constitucional). Se las separa en: alexia con y sin agrafía.

ALEXIA SIN AGRAFÍA

Es llamada Ceguera Verbal Pura o Alexia Agnósica. Lesión que afecta al rodete del cuerpo caloso y a la corteza visual izquierda; los infartos del lóbulo occipital (generalmente por lesiones en la arteria cerebral posterior) también las pueden producir.

Clínicamente puede comprender la palabra hablada, pero no puede leer, mantiene la capacidad para escribir mensajes de gran longitud sin alterar el sentido, pero son incapaces de leer su propia escritura. En algunos casos pueden leer las letras, pero no unirlos para formar sílabas o palabras. Se acompaña de:

Hemianopsia homónima derecha
Incapacidad de evocación de colores

ALEXIA CON AGRAFÍA

Alteración en la circunvolución angular del lóbulo parietal del hemisferio dominante.

Hay un trastorno con total alteración de la lectura y con una capacidad muy limitada en la escritura, afasia mínima y acalculia. A veces hay hemianopsia homónima derecha. Problemas en la lectura de letras, palabras y lectura de números desordenada.

ALEXIA FRONTAL

Descrita por Benson. Se produce en la patología del lóbulo frontal o Área de Broca. Hay dificultades en la comprensión de vocablos que sirven de nexos e incapacidad de comprender la sintaxis y dificultades para mantener una secuencia verbal lógica en la lectura.

ALEXIA DE SUPERFICIE

(Según clasificación) Con errores en la conversión grafema–fonema y fonema–grafema. Al leer en voz alta se producen muchos neologismos

ALEXIA DE PROFUNDIDAD

Conocida como Alexia Fonémica, Semántica o Sintáctica. Con errores semánticos en la lectura en voz alta.

TEMA 9

EVALUACIÓN

Es de carácter multidisciplinar.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO Y POR LOCALIZACIÓN

Se realiza por medio de diferentes pruebas. Exploración del líquido cefalorraquídeo: ventrículos, espacio subaracnoideo, que protege el cerebro.

Ante una agresión al tejido cerebral se produce una alteración del líquido cefalorraquídeo. Se hace por medio de una punción lumbar. Indicado sobre todo ante sospechas de infección.

ELECTRO ENCÉFALO GRAMA _ EEG

Mide la actividad eléctrica del cerebro, que se manifiesta como ondas beta (= actividad frontal) y ondas alfa (= actividad posterior). Se altera ante problemas cerebrales (epilepsias...)

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA _ TAC

Permite localizar detalladamente lesiones cerebrales. Se obtienen unas radiografías del cerebro desde múltiples ángulos que permiten visualizar las estructuras intracraneales. Ha contribuido considerablemente a la comprensión de las afasias, porque han confirmado las correlaciones clínico–patológicas y ha permitido el diagnóstico de las afasias subcorticales, así como la exploración de los mecanismos de recuperación de los afásicos.

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR _ RMN

Proporciona imágenes, pero técnicamente es diferente al TAC. Puede discriminar más detalladamente la sustancia gris de la sustancia blanca y los contornos de la lesión

TOMOGRAFÍA POR EXPOSICIÓN DE POSITRONES _ PET

Visualiza la actividad metabólica cerebral. Se inyectan cantidades microscópicas de sustancias químicas radioactivas, que se activarán en diferentes regiones cerebrales en proporción directa con las demandas metabólicas de dicha zona cerebral.

Existen otros estudios, pero no los estudiaremos ahora.

TEMA 10

EVALUACIÓN

Broca empezó a hacer evaluación, pero no era muy estructurada. Henry Head (1926) publicó el primer examen sistemático para afásicos. En la Segunda Guerra Mundial se estudió mucho la afasia, porque dejó un gran número de pacientes con lesión cerebral.

El primer manual fue *Examen para afásicos de Eisenson*. En 1961, *Test de modalidades del lenguaje para afásicos*, de Wepman. En 1962, *Token test*, que evalúa sólo capacidades de comprensión. *Test de Minnesota para el diagnóstico diferencial de Afasia*. Actualmente existe gran cantidad de tests, en los que se plantea:

Diagnóstico y clasificación de la afasia
Si hay trastornos asociados
Disponer de datos para el tratamiento
Conocer áreas específicas preservadas
Conocer áreas específicas dañadas
Establecer un pronóstico y determinar posibilidades de recuperación
Hacer un seguimiento de la evolución de la recuperación.

Para evaluar todo esto existen grandes baterías de pruebas, como son:

TEST DE BOSTON para el diagnóstico de la afasia
BATERÍA DE WESTERN PARA AFASIA (BAW)
TEST PARA EL EXAMEN DE LA AFASIA, de Ducarne de Ribaucourt (TEA)
ÍNDICE DE PORCH DE LAS CAPACIDADES COMUNICATIVAS
ESCALA DE EJECUCIÓN DEL LENGUAJE EN LA AFASIA
TEST DE EXPLORACIÓN DE LOS PROCESOS LINGÜÍSTICOS EN AFASIA
TEST DE BARCELONA, programa integrado de exploración neurológica
Pruebas de screening y despistaje que suelen ser bases y aplicadas por personal poco entrenado y que dan información limitada. Objetivan la existencia de afasia, sin aportar más características de la misma.
TEST DE FRENCHAY (un ejemplo de lo anteriormente dicho)
Pruebas de comunicación funcional, habilidades del paciente para comunicarse...
TEST DE LAS CAPACIDADES COMUNICATIVAS EN LA VIDA, DISCRIMINACIÓN E ÍNDICE DE LA EFECTIVIDAD COMUNICATIVA (CETI y CADL) (también éstas son ejemplos de lo anterior)

DIAGNÓSTICO EVALUADOR

Propia como tal para valorar el lenguaje y el tipo de afasia y ----- _____ neuropsicológica.

TIPO DE AFASIA _ CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNDROMES DE AFASIA CORTICAL

DENOMINACIÓN

Siempre hay problemas de denominación. Valorar la anomia implica considerar:

La frecuencia de uso	
Categoría semántica	
Naturaleza de la tarea de denominación por:	Confrontación (colores, números, objetos...)
	Recuerdo libre (animales...) Dime todos los ...

EXPRESIÓN

Determinará la producción verbal del sujeto afásico. Se mide con una muestra de habla conversacional que incluirá la producción provocada en respuestas o interacciones sociales (¿cómo está usted?), con preguntas personalmente relevantes para el sujeto, que pueden requerir respuestas largas o cortas (¿por qué está usted aquí?)

Es conveniente hacer una grabación de la entrevista (audio) para analizarla mejor. Se medirá:

Longitud de frase
Proporción tipo palabra
Gramática
parafasias
Prosodia
Agilidad articulatoria

(Las afasias localizadas en el extremo izquierdo son no fluidas)

COMPRENSIÓN AUDITIVA

Si está gravemente afectada, siempre habrá algo preservada (y al revés). Hay que detectar trastornos visuales (agnosias) y apraxias.

Habrá que hacer una audiometría para descartar problemas en el oído.

Los tests usarán:

Identificación de palabras aisladas (acciones, palabras...)
Ejecución de órdenes (sencillas, usuales)
Comprensión de preguntas
Historias cotidianas
Párrafos de hechos encubiertos.

La voz del examinador ha de ser clara, con buen volumen y se debe mantener siempre el contacto visual con el paciente.

REPETICIÓN

Hay que asegurarse de que conserva:

Atención	
Memoria	Porque son habilidades necesarias para la repetición
Audición periférica	

Ejercicios de repetición de:

Palabras aisladas	Que representen una variedad de categoría semántica
	Más o menos frecuentes de uso
	De una sílaba y fonéticamente simples
	De varias sílabas fonéticamente complejas

Frases y oraciones	Primero cortas y cotidianas
	Luego incrementando la dificultad

LECTURA

Debe incluir la capacidad de:

Leer en voz alta
Comprender el mensaje escrito

Una buena lectura y mala comprensión es propia de una AFASIA TRANSCORTICAL SENSORIAL, que conlleva alteraciones visuales motoras y del campo visual, así como negligencia espacial.

Se usarán diferentes materiales para la lectura (sílabas, palabras, frases).

Para la comprensión

Palabras aisladas (puede motivarse con su representación pictórica)
Categorías semánticas.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Informa del estado afectivo y cognitivo del paciente.

Estado afectivo y motivación del paciente
Orientación
Capacidad para establecer y mantener un foco de atención
Organización viso-espacial
Memoria
Capacidad para planificar y ejecutar tareas complejas.

Se hará por medio de:

Historia completa	Edad
	Sexo
	Escolaridad
	Profesión
	Tiempo transcurrido desde el comienzo de la afasia
	Dominancia manual
	Tipo y extensión de la lesión
Observación conductual	Motivación
	Esfuerzo
	Estado emocional (infeliz, resistente...)

En algunos casos vale evaluarlo de forma informal, con preguntas directas y observación durante la evaluación. En otros casos (por si hay psicopatología de base) se requiere una valoración mucho más estructurada.

Un paciente con cualquier daño cerebral es muy sensible al trato afectivo y de comportamiento (puede relacionarse con la localización de la lesión).

REVISIÓN DE LAS ÁREAS COGNITIVAS

Se evaluará atención, concentración... Habrá que ver el nivel de atención y el tiempo que puede mantenerla. Medir la distractibilidad y la fatiga.

Capacidades viso-perceptivas
Capacidades viso-constructivas

Si hay alteración en el campo visual, habrá que dar el estímulo en la parte de ese campo visual que esté intacto. Se altera en sujetos con hemiplejía.

Se valorará la capacidad de aprendizaje y memoria, de forma que sepamos cómo aprende y retiene información nueva respecto a la capacidad para retener y acceder a la información que ya tenía aprendida.

FUNCIONES EJECUTIVAS

Para que las conductas de planificación y organización puedan describirse como índice de funcionamiento ejecutivo.

Capacidad para restablecer la actitud de respuesta o determinar la naturaleza de la tarea y responder adecuadamente

PERSEVERACIONES

Son frecuentes en afasias. Hay tres tipos:

Recurrente	Una respuesta previa, vuelve a aparecer ante un nuevo estímulo dentro de la misma clase de respuestas.
Fijación de la activación	Incapacidad de cambiar a un nuevo marco de categoría. Es propia de alteraciones a nivel frontal
Continua	Una conducta se prolonga o se repite inapropiadamente. Aparece en alteraciones en el hemisferio derecho.

TESTS DE EVALUACIÓN

Broca fue el primero en evaluar. Lo hizo a base de preguntas y observación no estructuradas.

Henry Heil publicó el primer examen sistemático para afásicos en 1926.

En la Segunda Guerra Mundial hubo un gran desarrollo de tests y, más para afasias por los muchos combatientes afectados. En este momento aparecen los manuales referidos a la afasia y a su evaluación.

EXAMEN PARA AFÁSICOS DE EISENSON fue el primero; luego en 1961 siguió el TEST DE MODALIDADES DEL LENGUAJE PARA AFÁSICOS, de Wepman. En 1962 siguió el TOREN TEST, que evalúa sólo comprensión. Luego el TEST DE MINNESOTA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA AFASIAS. Actualmente existen muchos.

Se plantean como objetivos generales:

Diagnóstico y clasificación
Trastornos asociados
Disponer de datos para el tratamiento (conociendo las áreas lingüísticas preservadas y las dañadas)
Pronóstico y posibilidades de recuperación
Seguimiento de la evolución de la recuperación

Se usan diferentes pruebas, clasificadas como:

Grandes baterías de pruebas

Test de Boston para diagnóstico de la afasia
Batería Western par afasia – BAW
Test para el examen de la afasia de Ducarie de Ribaucourt
Índice de Porch de las habilidades comunicativas
Escalas de ejecución del lenguaje en las afasias
Test de exploración de los procesos lingüísticos en afasia
Test de Barcelona_ programa integrado de exploración neuropsicológica

Pruebas de despistaje o screening (suelen ser tests breves). Informan de manera muy limitada. Aplicados por personal poco entrenado. Objetivan la existencia de afasia sin aportar más características de la misma.

Test de Frenchay

Pruebas de comunicación funcional. Valoran la habilidad del paciente para comunicarse de cualquier forma.

Test de las capacidades comunicativas en la vida diaria _ CADL
Índice de efectividad comunicativa _ CETI
Escala de inteligencia de Weschler para adultos _ WAIS

TEST PARA EL EXAMEN DE LA AFASIA _ TEA

Es uno de los primeros adaptados al español.

OBJETIVO

Poner de manifiesto de forma exhaustiva las diversas alteraciones lingüísticas que pueden aparecer en el sujeto afásico, así como los mecanismos responsables de los mismos.

Es un test largo que se aplica en varias sesiones. Es tanto para niños como para adultos.

EVALÚA

Comprensión, expresión, lectura y escritura. Registra las observaciones sobre el comportamiento del sujeto afásico. Intenta detectar cambios de humor, grado de fatigabilidad, nivel de consciencia sobre sus alteraciones.

ÍNDICE DE PORCH DE LAS CAPACIDADES COMUNICATIVAS

OBJETIVOS

Valoración de la capacidad comunicativa. Para establecer pronóstico acerca de la recuperación del lenguaje. Es útil para planificación de tareas para el entrenamiento en la terapia. No es un test diagnóstico, sino que constituye un instrumento para evaluar el déficit en un afásico proporcionando pautas claras en el tratamiento rehabilitador. Permite realizar un seguimiento del afásico. Es un test sencillo que se aplica en una hora aproximadamente y consta de 18 subtests, cada uno de los cuales tiene 10 ítems, en los que se valora la respuesta del paciente a diferentes tareas que se le piden.

TEST DE EXPLORACIÓN DE LOS PROCESOS LINGÜÍSTICOS EN LA AFASIA _ PELA

OBJETIVOS

Evaluación de las alteraciones lingüísticas de la afasia. Consta de 58 tareas que están divididas en varios bloques.

EVALÚA

Lectura, escritura, evaluación de procesamiento fonológico, comprensión de dibujos y palabras (diseñado para evaluar el componente semántico), el nivel de oraciones...

TEST DE BARCELONA

Constituye un programa integrado de exploración neuropsicológica. El autor es Peña_Casanova. Dirigido a sujetos a partir de 20 años. Proporciona una valoración neuropsicológica general. Se aplica individualmente en sujetos en un tiempo no prefijado. Representa una sistematización de la exploración neuropsicológica. Se recogen los datos del paciente, como la historia clínica (edad, sexo, profesión...), observaciones de la conducta, datos neurológicos, datos de la exploración complementarios y datos aportados por los tests.

Constituido por una serie de subtests en los que se evalúa el lenguaje espontáneo que se realiza a través de conversación y narración (temática y descripción de láminas); la fluidez verbal y contenido informativo; prosodia, ritmo y melodía; orientación; lenguaje automático; praxias; repetición verbal; denominación (de imágenes, objetos y partes del cuerpo); y la comprensión verbal, mediante la realización de órdenes, señalando partes del cuerpo y señalando imágenes.

TEST DE FRENCHAY

Es un test breve, útil para identificar alteraciones del lenguaje en adultos que han sufrido una alteración cerebral con afectación media o grave en su comunicación.

EVALÚA

Comprensión oral, el habla, la comprensión lectora y la escritura.

Puede aplicarlo personal poco entrenado. Se tarda unos 10 minutos. Se utiliza como herramienta diagnóstica, permitiendo diferenciar entre afásico y no afásico. También se utiliza para el seguimiento de la recuperación.

TEST DE LAS CAPACIDADES COMUNICATIVAS EN LA VIDA DIARIA _ CADL

El autor es Holland. Estudia la capacidad comunicativa del paciente en situaciones informales y referidas a los

hechos de comunicación cotidianos. Pretende medir la capacidad comunicativa del paciente afásico en su contexto natural.

Es útil su aplicación después de haber realizado una terapia, para que permita valorar la eficacia del tratamiento en sus actividades diarias.

ÍNDICE DE LA EFECTIVIDAD COMUNICATIVA _ CETI

Desarrollado para medir el cambio en la capacidad comunicativa del paciente afásico de forma sencilla e independiente de la recuperación en cada una de las áreas del lenguaje.

Podemos valorar el grado de comunicación del paciente en ciertas situaciones comunes.

ESCALA DE INTELIGENCIA DE WESCHLER PARA ADULTOS

Para el diagnóstico clínico de la inteligencia. Se aplica en una hora y media aproximadamente. Está constituido por 11 subtests que se agrupan en 2 subescalas: verbal y manipulativa.

Nos permite obtener un CI verbal, manipulativo y total.

Fue revisada. Realiza una evaluación profunda de la inteligencia en los adultos y permite obtener datos sobre la comprensión verbal, organización perceptiva y memoria de trabajo (además de las escalas del anterior).

TEST DE BOSTON (GOODGLASS Y KAPLAN)

Diagnóstico de la presencia y tipo de cuadro clínico de afasia que va a desarrollar el paciente.

Permite explorar los cambios de rendimiento a lo largo del tiempo.

EVALUACIÓN

Global de las dificultades y posibilidades del paciente en todas sus áreas del lenguaje, sirviendo como guía para el posterior tratamiento y pronóstico del afásico.

OBJETIVO DIAGNÓSTICO

Se logra mediante el muestreo detallado de todas las variables de rendimiento del lenguaje explorando variables como el habla seriada, la repetición, la producción de palabras, la comprensión de palabras, la fluidez, la entonación, la anomia y la organización sintáctica, y la parafasia.

Las dificultades del afásico, esto se lleva a cabo comprobando la efectividad de diversas vías alternativas de desencadenamiento del habla, de la comprensión, de la lectura y de la escritura.

COMPOSICIÓN DEL TEST DE BOSTON

Tiene dos partes, una es la constituida por diferentes subtests y 16 láminas para la evaluación de la afasia. La otra parte de pruebas complementarias, se compone de pruebas verbales, que se utilizan para explorar a fondo las habilidades del paciente. Se realizan pruebas de exploración psicolingüísticas de comprensión auditiva, pruebas de exploración psicolingüística de la expresión, pruebas para los síndromes de desconexión, test de vocabulario de Boston.

Éste último es particularmente útil para la detección de problemas relativamente leves de recuperación de

palabras. Test de vocabulario útil en la investigación de niños que tienen dificultades de aprendizaje, con problemas de desarrollo de la lectura y el habla. Útil también en la exploración de la evaluación neuropsicológica de los adultos con demencia.

Dentro de la comprensión hay pruebas no verbales que son útiles para valorar algunos déficits asociados como:

Agnosia
Apraxia
Orientación
Acalculia

ÁREAS LINGÜÍSTICAS DEFICITARIAS EN LA AFASIA.

- Problemas de articulación. Cuando se evalúa es importante diferenciar entre el afásico y el disártrico. El afásico pronuncia durante las secuencias automatizadas o en la exclamación. El disártrico tiene dificultad más constante sea cual sea la condición del habla.
- Fluidez verbal. O capacidad para producir secuencias conectadas de umbrales articulatorios. Se asocian con frecuencia con la facilidad articulatoria que presente el paciente. Hay pacientes que presentan un déficit en la fluidez verbal y no presentan dificultades en la articulación. A la hora de evaluar la fluidez verbal, el mejor método es basarse en las secuencias ininterrumpidas de mayor longitud emitidas por el paciente en situaciones de conversación o narración libre.

El test incluye o propone una entrevista seguida por la presentación de una lámina que servirá de estímulo para una breve descripción narrativa.

- La búsqueda de palabras. Todos padecen una restricción en el repertorio de palabras de que disponen para hablar. En estos pacientes las palabras más frecuentes del lenguaje van a ser las primeras en recuperarse. Sin embargo algunos pacientes presentarán una pérdida severa de la capacidad para evocar palabras correspondientes a conceptos específicos. Tenemos que diferenciar los problemas de restricción general del vocabulario, de la pérdida selectiva, de la capacidad para evocar palabras concretas.
- La repetición. Puede estar alterada por falta de comprensión, por alteraciones de la articulación o por apraxia.
- La gramática y la sintaxis. También se encuentran alteradas en forma de Agramatismo, en el que el paciente yuxtapone algunos sustantivos y verbos para emitir un mensaje, y omite palabras de función en sus emisiones. La forma más leve es el habla telegráfica, con omisión de conjunciones, artículos, verbos auxiliares...

El test evalúa el Agramatismo utilizando una escala de evaluación de la variedad gramatical.

- Paragramatismo. Se caracteriza por sustituciones u omisiones asistemáticas de morfemas gramaticales, y de palabras del léxico, presentando una organización gramatical confusa. Típico de pacientes con afasia fluida de lesiones posteriores.

En el test se valora con una escala para evaluar la parafasia.

- Comprensión auditiva. Con diferentes niveles de severidad.

En el test se utilizan diferentes subtests que permiten evaluar esta área. Evalúan a través de la capacidad para llevar a cabo órdenes de diferente longitud, comprensión de órdenes mediante discriminación de palabras aisladas...

- Parafasias. Es la producción de sílabas, palabras o frases, sin intención durante la emisión. Pueden ser
- Parafasias literales fonémicas. El paciente produce sílabas en un orden erróneo, o distorsiona sus palabras con sonidos que no ha intentado producir.
- Parafasias literales semánticas. Una palabra no deseada es utilizada en lugar de otra. Generalmente la palabra utilizada guarda una relación connotativa con la palabra deseada. En ocasiones la palabra sustituida y la utilizada no guardan ningún tipo de relación.

CONSTA DE:

- Habla de conversación y exposición. Determinar el nivel y la calidad del habla y la comprensión del paciente en condiciones de conversación y narración libre. Se realiza con una serie de ítems en los que se explora la capacidad de respuesta del paciente (respuesta a un saludo, sí o no...)

Hay un ítem en el que se pretende provocar una conversación libre con el paciente. Se debe mantener durante 10 minutos. Anotaremos textualmente todo lo que el paciente emita, por lo tanto es conveniente hacer una grabación.

Se valorará la capacidad potencial que tiene el paciente para ello. Se le enseña una lámina y se le pide que la describa.

Se hace una valoración de la severidad y el perfil de características del habla (melodía, agilidad, articulación...)

- Pruebas para valorar la comprensión auditiva. Mediante discriminación de palabras. Es la prueba de reconocimiento de palabras de elección múltiple. Consta de 2 tarjetas. El examinador las muestra al paciente y le pide que señale el objeto, la letra, el número, la forma, la acción o el color. La puntuación. Depende del tiempo que tarde.

También mediante la identificación de partes del cuerpo. Se le pide que señale en su propio cuerpo la parte nombrada por el evaluador (con éste también se evalúa reconocimiento de izquierda/derecha).

También mediante realización de órdenes se pretende valorar la capacidad del sujeto para procesarla información auditiva mediante órdenes. Cuando se realiza de forma correcta esto indica que es capaz de realizar movimientos voluntarios y, por lo tanto, praxias.

- Material ideativo complejo. Debe mostrar su acuerdo o desacuerdo respecto a un material que no se relacione con un estímulo presente.
- Expresión oral. Agilidad verbal / no verbal. Compara la actividad no verbal de labios y lengua con la agilidad de los mismos. El paciente tiene que repetir movimientos y repetir palabras, que haya articulado el examinador.
- Secuencias automatizadas: de los días de la semana, meses del año, números del 1 al 20, el alfabeto... La mayor parte de los pacientes preservan mejor las secuencias que la conversación.

Se valora también mediante recitados, canto y ritmo.

- Repetición de palabras. Lo realizan generalmente de forma correcta, excepto en casos severos de afasia.
- Repetición de frases y oraciones. Utilizando frases de alta y baja probabilidad. Los pacientes con afasia anómica repiten la frase mejor o peor, en función de la predictibilidad de la misma.
- Lectura de palabras. Se le muestra al paciente una lámina donde hay una serie de palabras, se irán tapando las palabras que no queremos que vean y se cronometra el tiempo que tarden en repetir las.
- Respuesta de denominación. Se utiliza una ----- presentada oralmente. El examinador hace la

pregunta y puntúa la respuesta concreta en función del tiempo que tarda (sustantivos, colores, verbos, números...)

- Denominación por confrontación oral. Denominación de partes del cuerpo, recuerdo libre y lectura de oraciones en voz alta.
- Comprensión del lenguaje escrito. Afasias Transcorticales de discriminación de letras y palabras, tareas de asociación fonética, emparejar dibujo con palabras, y mediante lectura de oraciones y párrafos.
- Escritura. Mecánica de la escritura, el recuerdo de símbolos escritos, tareas de encontrar palabras escritas mediante escritura narrativa y oraciones al dictado.

EVALUACIÓN DE LA AFASIA SEVERA GLOBAL _ BASA

OBJETIVOS

Identificar y cualificar las habilidades que conserva el paciente lo más rápidamente posible para que sirvan de base en las primeras etapas de los programas de rehabilitación, con el fin de ofrecer al paciente un sistema mínimo o elemental de comunicación.

Tanto en producción como en comprensión.

TEMA 11

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA REHABILITACIÓN DE LA AFASIA.

PRERREEDUCACIÓN

FUNDAMENTOS NEUROLÓGICOS DE LA RECUPERACIÓN DE LA AFASIA

El estudio de la recuperación de las lesiones del SNC conlleva grandes dificultades teóricas y metodológicas. Los mecanismos que fundamentan la recuperación de las funciones del SNC se reconocen de forma incompleta. Se sabe que se produce una recuperación durante la fase aguda, que se da aproximadamente en las 2 ó 4 primeras semanas. Se la llama RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA y está en relación con la recuperación de las alteraciones estructurales de base, básicas.

En esta fase se produce la reabsorción de edemas, de infiltrados celulares, de todas las alteraciones hemodinámicas que se producen.

Por este mecanismo de recuperación se recuperan zonas que no se han dañado irreversiblemente. Después se sigue prolongando la recuperación y, a largo plazo, se produce otra que va a durar meses, incluso años.

En la fase aguda, la recuperación es mucho más rápida, ralentizándose después, con la rehabilitación del afásico. Se tratará de mejorar las habilidades de comunicación del paciente en un grado superior al que se podría alcanzar mediante el proceso de recuperación espontánea.

Existen 3 teorías que tratan de explicar la recuperación de las funciones alteradas tras una lesión en el SNC:

REESTABLECIMIENTO

Supone que hay una representación duplicada de la función en una misma zona o en áreas alejadas.

REORGANIZACIÓN

Supone que una función está regulada por diversos centros. La recuperación funcional tendría lugar cuando un centro relacionado con otro destruido realiza las funciones de éste último.

Si se sigue esta teoría, la terapia estaría basada en un modelo conductual.

SUSTITUCIÓN

Según ella, una zona cerebral asume las capacidades desarrolladas por la zona lesionada. Por ejemplo, casos de hemisterectomías, lesiones con lesión del cuerpo caloso, en las que el HD asume ciertas funciones, como la comprensión de palabras y el lenguaje automático no proposicional.

CONSIDERACIONES GENERALES

En la rehabilitación del afásico lo que se pretende no es lograr nuevos conocimientos, sino hacer resurgir o recuperar los procesos que han quedado bloqueados. En principio hay que establecer un programa terapéutico que requiere una sesión multidisciplinar con todos aquellos profesionales, especialistas, que están relacionados con el enfermo. Al establecer este programa deben existir unos objetivos firmes, situados dentro de las necesidades e intereses del afásico.

Debe ser un programa ideal que estimule aquellos procesos que se encuentren en un mejor nivel funcional. El papel del terapeuta es fundamental. Establecer una relación cordial con el paciente, de modo que consiga movilizar la atención y dedicación que se precisa (atención es la primera carencia que suelen tener). También se debe tener en cuenta que hay que combatir la sensación de desamparo que tiene el paciente. Es fundamental investigar las aficiones y actividades del paciente (va a ser muy útil a la hora de elaborar material para trabajar con él).

La actitud del terapeuta debe ser firme y segura. Hablar directamente, con órdenes sencillas y objetivos claros. No tratar al paciente con paternalismo. Tener en cuenta la dependencia inicial que el paciente va a tener con él. A medida que avanza la rehabilitación debe ir desapareciendo esta dependencia. También es importante evitar la emergencia de reacciones catastróficas, impidiendo que el paciente tenga sensación de fracaso. Siempre procuraremos acabar una sesión con un ejercicio sencillo para que el paciente tenga sensación de progreso.

El paciente debe saber siempre para qué sirve lo que se le está pidiendo. Es también importante conocer, detectar cual es su personalidad (el grado de ansiedad que puede llegar a generar, su optimismo o pesimismo...)

La familia debe estimular al afásico. Se deben evitar actitudes que provoquen tensiones o fatigas en el paciente, pero sin sobreprotegerle. La familia debe saber que la rehabilitación será larga y requerirá un esfuerzo por parte de todos.

En cuanto al material debe NO ser de diseño infantil. Cuando se utilicen láminas con fotos deben ser de buena calidad y significativas para el paciente. Se usarán láminas de descripción de diferente complejidad. En principio se usará poco material, empleando como puerta de entrada el medio más facilitador para cada enfermo.

El material gráfico es imprescindible, ya que facilita los automatismos verbales y es imprescindible integrar cuanto antes el lenguaje escrito. Se debe cambiar de actividad cuando aparece fatiga, que muchas veces se manifiesta en forma de perseveraciones. También es conveniente buscar una hora adecuada para la rehabilitación, en la que el paciente no esté fatigado (después de comer, después de la sesión de fisioterapia...) Muchas veces son estas consideraciones las que hacen fallida una rehabilitación, más que la terapia en sí. Muchas veces son estas consideraciones las que hacen fallida una rehabilitación, más que la terapia en sí.

PRERREEDUCACIÓN

Se trata del conjunto de ejercicios empleados en la práctica para disminuir las manifestaciones clínicas de los diferentes trastornos neuropsicológicos asociados a la afasia que dificulten la evolución de las capacidades lingüísticas. Por tanto la prerreeducación tiene como objetivo conseguir más capacidades mínimas o prerrequisitos que permitan abordar la terapia del lenguaje con posibilidades de éxito. Por esta razón la prerreeducación no incluye el trabajo de aquellos trastornos asociados que no tengan influencia en la competencia lingüística. La prerreeducación se realizará de forma previa a la rehabilitación del lenguaje, aunque en ocasiones pueden extenderse simultáneamente.

Lo que trataremos en la prerreeducación será, por ejemplo:

ATENCIÓN

Hay que dedicar un gran esfuerzo para lograr la atención voluntaria del paciente y el control de las asociaciones irrelevantes. La atención se trabajará a través de órdenes y consignas que el paciente debe cumplir en silencio. Son muy útiles los juegos de mesa (dominó, ajedrez, cartas...), que obligan al paciente a concentrarse durante un tiempo prolongado en las reglas establecidas.

MEMORIA

Es otro aspecto que se debe trabajar. Se puede hacer dotando al paciente de reglas mnemotécnicas, por ejemplo, puede ser útil hacerles retener series cada vez más numerosas de material, a través de los diferentes canales sensoriales.

ORIENTACIÓN TEMPORAL

Es muy útil que en cada sesión el paciente diga la fecha, viéndose así obligado a buscar referencias y a adquirir cierta organización. También se pueden trabajar series temporales (días de la semana, meses del año...)

ORIENTACIÓN ESPACIAL

También debe trabajarse. Inicialmente se reforzarán las nociones espaciales más elementales, como la referencia al propio cuerpo, al espacio inmediato y por último las representaciones espaciales (realización de grecas, copia de mosaicos, dibujos sobre papel cuadriculado...)

CÁLCULO

Se trabajará una vez se hayan afianzado factores espaciales y memoria.

AGNOSIAS

Se trata de alteraciones para el reconocimiento.

AGNOSIA AUDITIVA

Es relativamente frecuente. Se trabaja mediante identificación de sonidos, repetición de sonidos...

AGNOSIA VISUAL

También es frecuente en afásicos. Se trabaja emparentando imágenes idénticas, a través de identificación de

formas, colores, tamaños...

APRAXIAS

APRAXIA CONSTRUCTIVA

Son bastante frecuentes en afasias anteriores. Se trabaja con rompecabezas, figuras, encajamiento...

APRAXIA IDEATORIA

Se trabaja a través de la organización del gesto y de los movimientos en el espacio, realizando ejercicios de mimo o de imitación de gestos.

HEMIPLEJIA

También es frecuente. Se puede entrenar la otra mano, la activa, para que sea capaz de realizar tareas gráficas y de escribir. Se comienza con trazado de líneas, semicírculos, guirnaldas, sin marcar pautas rígidas, con el objetivo de dar fluidez al trazo. Inicialmente se usará un lápiz de tamaño grande. Se trabajarán formas geométricas sencillas, haciéndolas cada vez más pequeñas. Posteriormente se pasará a letras y cifras, intentando que el paciente adquiera cierta automatización en el trazo.

TEMA 12

METODOLOGÍA EN LA REHABILITACIÓN DE LA AFASIA

Existen diferentes métodos para la rehabilitación del paciente afásico.

TERAPIA DE LA ACCIÓN VISUAL = VAT

Se emplea en pacientes que presentan una afasia global severa. Éstos presentan incapacidad para la comprensión y producción del lenguaje, tanto escrito como hablado. Generalmente también presentan una apraxia severa.

Se ha comprobado que los intentos de tratar este tipo de afasia mediante métodos de lenguaje basados en el enfoque tradicional han sido bastante ineficaces.

En los años 70 se comenzó a explorar un tratamiento mediante el uso de sistemas simbólicos alternativos. Helm y Benson exploraron el uso de un enfoque visual, gestual, no oral para la rehabilitación de pacientes con afasia global severa. Estas investigaciones permitieron el desarrollo de la TERAPIA DE ACCIÓN VISUAL. Esta terapia entrena a los afásicos severos a comunicarse mediante gestos con la mano y el brazo. Con este tipo de terapia se obtuvieron cambios muy significativos en las puntuaciones de los subtests de comprensión auditiva y de pantomima del PICA (Índice de Habilidades Comunicativas de Porch). Sin embargo no se observó ningún cambio significativo en los subtests de expresión oral. Esto es debido generalmente a que los pacientes presentaban una apraxia bucofacial marcada.

Por lo tanto el método VAT se amplió para incluir en él un programa para la apraxia bucofacial, obteniéndose mejoras significativas en los subtests de repetición verbal del PICA, pantomima, comprensión auditiva y copia gráfica.

Por último se observó que era relativamente más fácil entrenar a los pacientes a representar gestualmente objetos, implicando sus movimientos proximales, que implicando sus movimientos distales. Así se crea una terapia de acción visual proximal de miembros y una terapia de acción visual distal de miembros (motricidad

fina: distal; motricidad gruesa: proximal).

CARACTERÍSTICAS DE LOS CANDIDATOS PARA UNA VAT DE MIEMBROS

Sujetos que han sufrido un accidente cerebro vascular en el HI, con afectación de _____ las áreas del lenguaje (afasia global severa con expresión y comprensión del lenguaje hablado y escrito severamente restringidos, que tengan una apraxia de miembros y que sean pacientes orientados, cooperativos y con buen ámbito atencional

CARACTERÍSTICAS DE LOS CANDIDATOS A VAT BUCOFACIAL

Accidente cerebro vascular en HI, con una lesión que aisle las áreas anteriores del lenguaje, con producción verbal severamente restringida, con apraxia bucofacial de moderada a severa, y que también sean cooperativos, estén motivados y con buen ámbito atencional.

Además, los candidatos para esta terapia deben mostrar al menos habilidades para realizar los siguientes tests neurológicos:

Reconocimiento diferido de dibujos de la escala de memoria de Weschler
Tests de dibujos de memoria, con palitos, del test de Boston
Ejercicios de rompecabezas de la escala manipulativa de Weschler
Copia de dibujos y ejecución de dibujos bajo orden del test de Boston
Subtest de discriminación de símbolos del test de Boston

Generalmente esta terapia se trabaja en 2 sesiones al día de 30 minutos cada una.

El objetivo de la VAT DE MIEMBROS será:

Reducir la apraxia
Mejorar la capacidad del paciente para usar gestos simbólicos como medio de comunicación

El objetivo del VAT BUCOFACIAL será.

Reducir la apraxia bucofacial
Mejorar la expresión verbal

TERAPIA DE ENTONACIÓN MELÓDICA

1942 Goldstein. Algunos afásicos pronunciaban la letra de una canción, pero no podían pronunciar las mismas palabras en otro contexto.

En 1972 se hizo un estudio formal (Albert, Spark y Helm). Comenzaron a explorar el uso de una técnica de canto para facilitar y estimular el habla propositiva de los afásicos severos no fluidos, creando así una metodología basada en el canto.

La hipótesis explicativa de esta terapia es que, al recurrir a la melodía se implica al HD, que interviene así en el control interhemisférico de la verbalización.

La MIT es un programa estructurado jerárquicamente, dividido en 3 niveles: en los dos primeros se entonan musicalmente palabras multisilábicas y frases cortas de alta probabilidad. En el tercer nivel se introducen

oraciones más largas y fonológicamente más complejas. Estas frases más largas primero se entonan, después se producen con una prosodia exagerada y, por último, se habla normalmente.

Los elementos se van entonando muy despacio en un tono de voz continuo. Por tanto en la primera fase se busca que el afásico busque el ritmo, al que posteriormente se suma la melodía, y luego la letra.

La segunda fase intenta normalizar la prosodia y, por último, el afásico ha de emitir la frase trabajada como respuesta a preguntas.

Es conveniente utilizar melodías desconocidas para el paciente. Es un método cuestionable, ya que la expresión oral que se consigue suele ser agramática. Se recomienda utilizar otro método para perfeccionar los resultados, tras 3 meses de tratamiento con el MIT.

Los candidatos a este tipo de terapia son los que carecen prácticamente de expresión oral espontánea con repetición alterada y con cierta preservación de la comprensión verbal. Por tanto no estaría indicado en sujetos con buena repetición y alteraciones en la comprensión verbal. No indicado para verborrea (para Wernicke con mucha producción sin sentido). Sí está indicada para estereotipias, con producción alterada y comprensión adecuada, estereotipias del tipo repetición (ti-ti-ti...)

PROGRAMA DE DIBUJO

Su objetivo es que el paciente utilice el dibujo para la comunicación cotidiana, cuando no han tenido éxito otros medios de comunicación. Está indicado principalmente para pacientes que sufren afasia severa no fluida, pero se ha comprobado que algunos pacientes con afasia fluida podrían beneficiarse de él. Esto es así porque a través de un programa de dibujo se puede estimular la comunicación verbal y se puede desbloquear la expresión escrita.

Las características de los candidatos: afásicos con expresión verbal muy escasa con un grado de severidad de 1 a 1,5 de la escala de severidad del test de BOSTON. Son sujetos con comprensión auditiva buena, dentro del percentil de 60 de la escala de BOSTON; sujetos que sean capaces de realizar el dibujo de un hombre (test de BOSTON), que sea reconocible como tal; sujetos capaces de secuenciar correctamente 3 historietas mudas de 3 viñetas cada una.

Antes y después de aplicar el programa se tiene que evaluar la capacidad potencial que el paciente tiene para utilizar el dibujo de un modo funcional. Esto se puede hacer mediante el TEST DE LOS PERCANCES COTIDIANOS, que mide los efectos del programa sobre la capacidad del paciente afásico para comunicarse mediante el dibujo.

PROGRAMA DE CONTROL VOLUNTARIO DE PRODUCCIONES INVOLUNTARIAS

Está demostrado que la capacidad de un sujeto afásico para responder a una tarea es menor cuanto mayor es el valor propositivo de la misma. Por el contrario, cuanto más automática, emocional o contextual es la naturaleza de una tarea, mayor es la probabilidad de que el paciente afásico produzca verbalizaciones adecuadas.

Esto hizo pensar que la disociación de la capacidad de producir habla propositiva podría servir como base para la rehabilitación, de tal forma que se podría sacar provecho del habla involuntaria y llevarla a un nivel voluntario. Este es el objetivo de este programa: poner bajo control voluntario las producciones involuntarias del afásico.

El programa está indicado para sujetos que han sufrido afectación del HI, cuya producción del habla esté severamente limitada a estereotipias. Además el paciente debe poder emparejar correctamente palabras con

imágenes de objetos y acciones.

Este programa se basa en la lectura en voz alta de la producción verbal del paciente. La secuencia de las tareas progresa desde la lectura oral hasta el uso conversacional de estas palabras, pasando por una tarea de denominación con confrontación. Es decir, para aplicar este programa hay que recoger toda la producción verbal del paciente. Haremos esto mediante una grabación de la entrevista con el paciente y de la aplicación de un test de afasia. Una vez recogidas las palabras que ha emitido debe escribirlas, luego debe leer las palabras que ha escrito y debemos anotar las que lee correctamente. Posteriormente hay que hacer un dibujo de cada palabra leída correctamente y someter al paciente a una tarea de denominación por confrontación. Si el paciente duda le enseñaremos la palabra impresa. Cuando obtengamos 100 palabras nuevas estableceremos una conversación que anime al paciente a usar estas palabras.

PROGRAMA PARA LA ESTIMULACIÓN SINTÁCTICA DE HELM

Indicado para pacientes afásicos que presentan agramatismo y que tengan una comprensión auditiva de moderada a bien preservada. Se da en sujetos que hayan sufrido lesión en el HI, con afectación en las áreas anteriores del lenguaje. Por tanto el sujeto con afasia de Broca o Transcortical Motora, con habla no fluida con una forma gramatical restringida y con LME de 2 a 5 palabras, siendo fundamentalmente palabras de contenido; comprensión auditiva buena de oraciones y párrafos. También deberán tener ámbito atencional y memoria adecuados.

Se ha comprobado que los pacientes con agramatismo no tienen falta de conocimiento sintáctico, sino que tienen un acceso deteriorado a dicho conocimiento.

El programa está estructurado jerárquicamente y utiliza una técnica de completamiento de historias para inducir 11 tipos de oraciones. La mejoría con este tipo de programa se verá a medida que mejore la comunicación verbal funcional del paciente.

PROGRAMA PARA TRATAMIENTO DE LA AFASIA DE WERNICKE

Los sujetos con afasia de Wernicke tienen incapacidad para el procesamiento del material auditivo. Este programa está basado en datos que indican que la capacidad de repetir estímulos presentados oralmente puede estar ligada a la capacidad para procesar o comprender estos estímulos.

Características de los candidatos: pacientes con afasia de Wernicke que tengan una puntuación global en comprensión auditiva por debajo del percentil 50 del test de BOSTON; discriminación de palabras aisladas por debajo del percentil 45; puntuación total en repetición por debajo del 30; comprensión lectora de palabras aisladas relativamente preservada, adecuada; deben tener capacidad para leer en voz alta palabras aisladas visualizables.

Este programa está organizado en 4 fases:

1. El paciente debe emparejar una palabra escrita con su representación pictórica
2. Debe hacer lectura de esa misma palabra en voz alta
3. repetición de la misma palabra cuando se le presenta oralmente, sin el apoyo del estímulo impreso
4. Selección correcta de la representación pictórica de esta palabra entre un grupo de 8

Por tanto este método parte de la comprensión lectora y va pasando sucesivamente por la lectura oral, la repetición oral y la comprensión oral.

REHABILITACIÓN EN GRUPO

Está indicada para pacientes afásicos que se encuentran aislados, ya que posibilita la interacción con otros pacientes. Generalmente son grupos heterogéneos. Una de las ventajas es que obliga al paciente a adaptarse y conocerse en grupo. El trabajo en terapias de grupo se debe hacer desde un plano general, teniendo en cuenta que son complementarios y nunca deben sustituir a una terapia individual.

TEMA 13

PRONÓSTICO Y FUTURO DEL AFÁSICO

PRONÓSTICO

Depende de varios factores. En cualquier caso nunca debemos establecer un diagnóstico hasta que no pase la fase aguda, en que se produce una recuperación espontánea; está en relación con la normalización de las alteraciones producidas como consecuencia del afásico.

En el pronóstico del afásico influyen factores como:

- **EDAD.** Cuando la afasia se produce en un sujeto de más de 65 años, el pronóstico es peor porque, aparte del trastorno que tiene como consecuencia del accidente, hay que sumarle los trastornos por el deterioro senil.

Cuando la afasia se produce en niños de menos de 15 años, generalmente es mejor el pronóstico. Los niños que sufren afasia que suelen recuperar rápidamente. Sin embargo en estos niños hay que tener en cuenta que se producirán trastornos neuropsicológicos importantes.

Entre los 20 y los 60 años, la recuperación no tiene ninguna relación con la edad.

- **SEXO.** Hay diversidad de opiniones. Hay autores que piensan que la recuperación es mayor en mujeres, porque tendrían una representación más bilateral del lenguaje. Hay otros que opinan que las mujeres se recuperan mejor que los hombres en expresión verbal, pero no en comprensión
- **ETIOLOGÍA.** Las afasias traumáticas, las lesiones vasculares circunscritas y los tumores benignos focalizados tienen buen pronóstico

Las alteraciones más generalizadas (meningoencefalitis u otras) tienen peor pronóstico.

- **TIPO DE AFASIA.** Se ha visto que la inmensa mayoría de las afasias globales presentan una escasa mejora. En cuanto a las afasias de Broca y Wernicke, presentan una amplia variedad en su evolución. Las afasias Anómicas, de Conducción y Trascorticales, tienen un buen pronóstico con una excelente recuperación espontánea.
- **GRAVEDAD DE LA AFASIA,** entendiéndolo como más graves aquellos casos en los que, superadas las 3 primeras semanas de evolución, presentan importantes defectos de comprensión o de expresión.
- **DOMINANCIA LATERAL.** Sujetos zurdos o ambidiestros se benefician de una recuperación más rápida.
- **TRASTORNOS ASOCIADOS.** La ausencia de estos trastornos mejora el pronóstico
- **ESCOLARIDAD.** Según estudios, para unos los pacientes con mayor nivel de estudios se recuperan mejor. No está muy claro que tenga más que ver con el nivel de inteligencia que con los estudios que tengan.

FACTORES QUE MEJORARÍAN EL PRONÓSTICO

- Menor edad
- Ausencia de trastornos asociados

- Mayor nivel intelectual
- Mayor duración del tratamiento
- Etiología traumática
- Localizaciones temporo–parietales

FACTORES QUE EMPEORARÍAN EL PRONÓSTICO

- Etiología hemorrágica
- Localización fronto–temporal o multifocal
- Afasias mixtas
- Presencia de trastornos asociados

FUTURO DE LOS PACIENTES AFÁSICOS

Lo analizamos en función de su reinserción familiar, social y laboral. Éstas dependen de la evolución de sus alteraciones lingüísticas y de la evolución de las alteraciones psicológicas que pueda presentar todo paciente afásico.

EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS LINGÜÍSTICOS

Se ha observado que existen 3 niveles de recuperación:

- Incluye a aquellos pacientes que recuperaron un uso del lenguaje casi igual al que tenían antes de su enfermedad. Lo alcanzan aproximadamente un 30% de los cuadros de afasia.
- Lo alcanzan aproximadamente el 50%. Incluye a sujetos que recuperan cierta capacidad informativa, pero que presentan problemas que impiden una comunicación lingüística normal.
- El resto. Tienen pocas posibilidades de progreso.

EVOLUCIÓN DE LOS POSIBLES TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Trastornos neuroconductuales. Son trastornos ligados específicamente a la localización de la lesión. Se pueden presentar como:

- Negación de la enfermedad, que se puede manifestar en forma de reacciones catastróficas, en las que el paciente presenta una negación masiva y rechaza la enfermedad. No se encuentra bajo el control voluntario del paciente. Están en relación con lesiones en el lóbulo frontal (Broca y Global). Hay fármacos que controlan este tipo de reacción; son betabloqueantes y antidepresivos tricíclicos.
- Indiferencia: lesión postraumática que afecta al lóbulo frontal, extendiéndose a la región prefrontal. El paciente es consciente de su situación, pero manifiesta una indiferencia absoluta.
- Ignorancia del déficit (Wernicke y lesiones del lóbulo temporal).
- Depresión: relacionadas con lesiones en la región frontal izquierda. Nada que ver con la depresión reactiva que sufren los pacientes afásicos, ésta requiere medicación antidepresiva.

Trastornos emocionales. Conducen al paciente a un estado importante de aislamiento.

REINSERCIÓN FAMILIAR DEL AFÁSICO

Los pacientes que alcanzan un nivel 2 y 3 de recuperación lingüística tienen graves problemas de inadaptación familiar. Se dan varios factores: incapacidad importante para la vida social y laboral normal. Tanto el afásico como el cónyuge van cambiando su personalidad poco a poco (sobrepotección, alteración de la vida sexual, sobre todo si hay hemiplejía...). Las familias con nivel sociocultural más alto tienen más problemas. Cuanto más joven sea una pareja, peor. Los hombres aceptan muchísimo peor estas situaciones.

Los que alcanzan un nivel 1 de recuperación lingüística (30%) se quejan de sufrir problemas familiares. El 50% se queja de no tener el mismo rol que tenían antes dentro de la familia.

REINSERCIÓN SOCIAL

Pacientes con nivel 3 de recuperación lingüística se sienten al margen de todo. Tienen una existencia absolutamente trivial y desprovista de toda proyección hacia el futuro.

Los que alcanzan un nivel 2 de recuperación lingüística tienen cierto nivel de adaptación. Algunos adquieren ciertas motivaciones, como pintura... En cuanto a su entorno social, sólo se relacionan con amigos íntimos. Mantienen poca relación con ámbito de trabajo.

Los que alcanzan un nivel 1 de recuperación lingüística también tienen problemas de adaptación social, derivados de que estos pacientes se quejan del ritmo de conversación normal, que les resulta demasiado rápido. Asimismo los ruidos ambientales y las conversaciones simultáneas les afectan mucho, por lo que el paciente va restringiendo el círculo de amigos, adoptando un cierto retraimiento voluntario.

REINSERCIÓN LABORAL

Aquellas profesiones o niveles socioculturales más bajos tienen una reinserción muy escasa. Las profesiones que incluyen clases medias, que requieren técnicos, son los que más fácilmente se adaptan. Los niveles de estudios superiores también tienen bastante dificultad en su reinserción laboral.

Un afásico no recupera nunca su personalidad anterior, ni en su vida intrapersonal, ni en sus relaciones interprofesionales.

MEDICACIÓN

Para los trastornos del lenguaje no hay medicación establecida, pero se están estudiando los dopaminérgicos, como es por ejemplo la bromocriptina.