

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA

**“EL PACIENTE AFASICO Y SU REHABILITACION”**

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

**LIDIA NOEMI SANCHEZ LEMUS DE TINETTI**

PREVIA OPCION AL TITULO DE

**DOCTOR EN MEDICINA**

OCTUBRE DE 1966



1  
616.8552  
S211P  
1966  
F. med  
y. 2

UES BIBLIOTECA CENTRAL  
INVENTARIO: 10107876



7960

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

RECTOR:

Dr. Fabio Castillo

SECRETARIO:

Dr. Mario Flores Macal

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

DECANO:

Dr. Juan José Fernández h.

SECRETARIO:

Dr. Enrique Muyschondt C.

JURADOS QUE PRACTICARON  
LOS EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Jorge Bustamante  
Dr. José Isaiás Mayén  
Dr. Angel Quan

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Salvador Infante  
Dr. Mario Reni Roldán  
Dr. Enrique Muyshondt C.

CLINICA MEDICA:

Dr. Luis Edmundo Vásquez  
Dr. Gustavo Oriani h.  
Dr. Emín Roberto Hasbún

DOCTORAMIENTO PUBLICO

Dr. Mario Romero Alvergue

Dr. José Kuri Asprides

Dr. Daniel Alfredo Alfaro

DEDICATORIA

A DIOS

A Mis Padres

A Mi Esposo

A Mis Hijos

A mis familiares, maestros, compañeros y amigos.

## PLAN DE TRABAJO

### EL PACIENTE AFASICO Y SU REHABILITACION

#### I.- CONCEPTO DE AFASIA.DEFINICION:

- a) Causas de Afasia
- b) Areas de los disturbios afásicos
- c) Defectos del Lenguaje

#### II.- DIAGNOSTICO DE AFASIA; CLASIFICACION:

- a) Clasificación diagnóstica
- b) Tabla de las diversas clasificaciones

#### III.- NOCIONES SOBRE DOMINANCIA CEREBRAL

#### IV.- INTELIGENCIA EN AFASIA

#### V.- REHABILITACION DEL AFASICO:

- a) Método de las 100 palabras básicas
- b) Papel de la familia y amigos conociendo al paciente.
- c) Momento de comenzar la Terapia
- d) Datos importantes para terapeutas sin experiencia.
- e) Tiempo necesario para la Terapia del Lenguaje
- f) Direcciones para las 10 etapas de la Terapia
- g) Lista de las 100 palabras

#### VI.- PRESENTACION DE CASOS CLINICOS:

- a) Test aplicado a los pacientes
- b) Enumeración de casos

#### VII.- CONCLUSIONES

#### VIII.- RECOMENDACIONES

#### IX.- BIBLIOGRAFIA

# "EL PACIENTE AFASICO Y SU REHABILITACION"

## I N T R O D U C C I O N

La condición de afasia es deprimente y complicada. Este trabajo tiene por objeto recordarle, no sólo al especialista sino también y con mayor énfasis, al médico general, que si bien es cierto que en el término "afasia" están comprendidos numerosos e intrincados disturbios del lenguaje, son muchos los pacientes que, padeciéndolos, pueden llegar a tener un desenvolvimiento satisfactorio en su vida futura, gracias a un bien encauzado esfuerzo por proporcionarles entrenamiento mediante la rehabilitación.

Actualmente hay gran cantidad de personas que merced a la Terapia de la Afasia llevan una vida normal y útil, y que de otro modo estarían sumidas en un mundo de silencio y desesperación.

La terapia de la afasia, llamada también terapia del lenguaje, es la única manera directa de ayudar al paciente afásico, no sólo a aquél cuyo impedimento es reciente, sino también al que lleva mucho tiempo sin poder expresarse.

Ahora bien, para comprender con facilidad el problema de la afasia, es necesario recordar antes ciertos aspectos referentes a las maneras de comunicación de que normalmente nos valemos. De éstas, la más importante para los propósitos del presente trabajo es la comunicación simbólica.

Las varias formas de Comunicación Simbólica pueden -- ser consideradas de dos tipos: Lenguaje y No Lenguaje. Entre

los métodos de comunicación simbólica de No Lenguaje, aquellos como el dibujo, pintura, danza y pantomima, se consideran poco relacionados con el lenguaje propiamente dicho; en cambio, los gestos y las inflexiones de la voz, que son también formas de conducta simbólica de No Lenguaje, están estrechamente relacionados al lenguaje y lo hacen más significativa.

Lenguaje puede ser definido como el entendimiento y producción de palabras individuales y grupos significantes de palabras para la comunicación de ideas y sentimientos. El uso de palabras para la expresión de sentimientos es a menudo automático (expresión de juramentos, etc.); en cambio la comunicación de ideas constituye un lenguaje más volicional, que usualmente requiere un número de palabras para ser expresadas exactamente. Deben considerarse cuatro componentes mayores del Lenguaje: lenguaje escuchado, lenguaje hablado, lenguaje leído y lenguaje escrito.

Lenguaje escuchado es la habilidad para reconocer, retener y comprender el lenguaje que es oído. Es éste el primero en desarrollarse en la vida de un individuo.

Lenguaje hablado o expresión hablada es considerado como la formulación y expresión del lenguaje en palabras habladas, frases y exposiciones más complejas. Viene próximo en consideración porque es el segundo componente del lenguaje a ser desarrollado por el niño, y porque es marcadamente dependiente del lenguaje escuchado. El niño pasa pri-



mero a través de un período de "babbling" cuando, los sonidos son formados repetidamente y sin ningún sentido. Más -- tarde el niño hará sonidos exclamatorios tales como "ba" para atraer la atención. Por este tiempo, habiendo oído palabras y observado movimientos de labios, asociándolos con objetos, él comienza a emitir sonidos más experimentalmente. Eventualmente emite sonidos que puede reconocer como exactamente semejantes a los sonidos que ha oído en las palabras que su madre dice. Al principio esos sonidos son producidos más o menos accidentalmente, pero más tarde pueden ser evocados a voluntad. En la expresión hablada es este elemento volicional el más importante, y el cual es más frecuentemente dañado en la enfermedad.

Lenguaje leído equivale a recepción del lenguaje y es definido como el reconocimiento, retención y comprensión -- del lenguaje escrito. Esta habilidad es generalmente adquirida después de la edad de seis años como resultado de instrucción formal. El proceso de aprender a leer consiste en general en la asociación de símbolos **visuales** (palabra es--crita) con los símbolos auditivos (palabra oída) y el objeto o idea para el cual conviene la palabra.

Lenguaje escrito, Escritura o Expresión escrita implica la habilidad para formular y expresar ideas y sentimientos por medio de la palabra escrita. La escritura se desa--rolla tarde y es generalmente el resultado de educación -- formal. Sin embargo, antes de esto el niño tiene usualmente una considerable experiencia en dibujar objetos, diseños y-

varias formas geométricas que presumiblemente sirven de base para aprender a hacer símbolos más abstractos tales como letras y figuras. En los estados tempranos del aprendizaje los chicos deletrean sus palabras así mismos en la forma en que las escriben, reforzando así sus asociaciones. Más tarde, la escritura se vuelve relativamente menos dependiente de las funciones auditiva y hablada del lenguaje, pero tiene marcada dependencia de la habilidad de leer.

El acto puramente motor de hablar, leer y escribir no se consideran aquí, puesto que su alteración constituye lo que se conoce como "disartia" o "disgrafía", y no "afasia".

II

CONCEPTO DE AFASIA

Afasia es el término médico que significa "pérdida -- del lenguaje", y se refiere a todos los aspectos del mismo -- y no sólo al habla. De una manera más explícita se puede decir que los disturbios afásicos son impedimentos en la habilidad del individuo para conducirse apropiadamente en situaciones que implican una cantidad significativa de simbolización. La afasia puede, por lo tanto, ser considerada como -- un defecto de la conducta simbólica. Los defectos se manifiestan en algún grado en los procesos simbólicos internos -- (pensamiento), tanto como en procesos simbólicos externos -- (hablar, leer, escribir, etc.)

Una de las definiciones más claras y completas de afasia es la enunciada por Wepmann: "Afasia es cualquier problema del lenguaje que resulta de un trastorno orgánico del tejido cortical, donde el defecto no se debe ni a la inervación de la musculatura que interviene en el lenguaje, ni a una disfunción del sistema periférico o por debilidad mental!" Aunque, claro está, habrá casos que presenten todo esto además del trastorno afásico.

Causas de Afasia

Las causas generales de afasia están constituidas en orden decreciente de importancia, por: 1o. Reblandecimientos; 2o. Hemorragias; 3o. Tumores; 4o. Abscesos; 5o. Traumatismos que afectan el hemisferio cerebral izquierdo, salvo-

en los casos de personas zurdas en las que la lesión radica en el hemisferio cerebral derecho. (según más recientes investigaciones, como se verá más adelante en este trabajo, la lateralización del centro del lenguaje en zurdos y diestros no es tanto como se creía).

### Las áreas de los disturbios afásicos.

Según estudios hechos por los miembros del departamento de Neurología y Fisiología de la Clínica Mayo, en gran cantidad de pacientes afásicos, encontraron que las combinaciones de defectos tienden a caer dentro de ciertos grupos:

- 1o. Defectos del lenguaje escuchado y hablado. Puede haber también un defecto asociado del acto motor del lenguaje. Otros componentes del lenguaje muestran, al menos, mínimos o moderados defectos.
- 2o. Defectos principalmente del lenguaje hablado. Tales pacientes, si se les examina en gran detalle, muestran también defectos en las funciones receptoras del lenguaje escuchado, especialmente retención auditiva o reauditorización.

Estos dos síndromes son generalmente vistos con lesiones en, o subyacentes, a un locus, incluyendo el lóbulo temporal medio, lóbulo parietal inferior y lóbulo frontal adyacente.

- 3o. Defectos de lectura y de escritura. Puede también haber defecto de reconocimiento visual de objetos. A veces hay un defecto asociado del acto motor de

la escritura. Otros déficits del lenguaje están ausentes - o muy ligeramente presentes. Este síndrome es visto en lesiones en, o subyacentes, a un locus, incluyendo el giro angular y porciones adyacentes de los lóbulos parietal, temporal y occipital.

40. Defectos de grado moderado o severo incluyendo - todos los componentes del lenguaje. El reconocimiento visual de los objetos está generalmente - conservado. Los actos motores del lenguaje hablado y de la escritura están usualmente implicados. Esto se conoce como afasia global, y si es severa, es debida a una lesión profunda, incluyendo el istmo temporal o la subcorteza que lo recu---bre. Cuando es menos severa, la lesión puede ser más superficial e incluir un locus que esté recubriendo la unión de los otros dos descritos -- anteriormente.

50. Defectos moderados incluyendo todos los componentes del lenguaje y afectando principalmente las funciones de más alto nivel. Uno de tales defectos es conocido como afasia semántica y no es de valor localizativo. Puede verse en presencia de difuso daño cerebral, en los estados tempranos - de una lesión focal progresiva, o como un estado residual de una afasia previamente más severa.

60. Defectos que pueden estar limitados a un compo--nente del lenguaje o funciones relacionadas. Este

tipo de hallazgo es poco frecuente. Comúnmente, exámenes más intensivos mostrarán defectos moderados pasados por alto en otras funciones. La posible localización de una le-sión que produce un déficit único puede ser determinada re-firiéndose al "area esencial" para esa función.

Otra aproximación a la localización es atendiendo a -cuáles componentes del lenguaje están dañados. Si un paciente afásico puede emitir sonidos del lenguaje o dice simples palabras, el área de Broca puede considerarse funcionante. Si puede leer y calcular, el grio angular se considera in-tacto. Esto deja el lóbulo medio temporal y sus conexiones con el lóbulo frontal, como el sitio probable de la lesión que produce la afasia.

#### Campos de los disturbios afásicos.

En sus más amplio sentido, los disturbios afásicos -- pueden manifestarse en la habilidad del individuo para tra-tar con cualquiera de todos los tipos de símbolos. Estos pue-den incluir tanto símbolos lingüísticos como no lingüístico (luces de señales de tráfico, etc). En formas severas de -- afasia congénita, los niños no son capaces a veces de apren-der a tratar con ninguna forma de símbolos, incluyendo aque- llos que son lo lingüísticos, es decir, símbolos a los cua- les les han sido asignados significados arbitrarios, y me-- diante asociación, han sido aprendidos significación y con-ducta convenientes a ellos. En formas extremas de afasia ad-quirida, puede haber una inhabilidad para tratar con símbo- los no lingüísticos como con símbolos rudimentarios tales -

como los sonidos de la risa y de la tos.

Como regla general, los disturbios afásicos son más probablemente originados en las más abstractas áreas de simbolización. Usualmente se encuentra que la dificultad incrementa en forma directamente proporcional al grado de simbolización. Por ejemplo, el paciente afásico probablemente -- tiene poco o ningún impedimento en su apreciación y en su respuesta ante una fruta real, tal como un guineo. Raramente, a menos que tenga agnosia visual, fallará en responder ante un dibujo de semejanza exacta en tamaño y color, con un guineo. El puede tener alguna dificultad en la representación pictórica de un guineo en un medio tono o con semejanza menos exacta. Su dificultad más grande, sin embargo, será experimentada con la palabra guineo, la cual es un símbolo arbitrario más que la representación de un objeto.

La dificultad del afásico es probablemente desenvolverse en el dominio de palabras abstractas para las cuales no hay objetividad básica. Nosotros no podemos concretizar términos conceptuales tales como belleza, trágico, incongruente, liberal, esperanza, amor, etc. Para explicar tales términos tenemos que usar otros términos. Similarmente, tendríamos gran dificultad en indicar objetivamente el significado de palabras tales como: si, sin embargo, acerca de. La mayor parte de los que hemos desarrollado lenguaje, fácilmente aprendemos cómo usar tales términos en formas convencionales y apropiadas. Nosotros revelamos nuestros propósitos a través de ellos y entendemos los propósitos de otras-

personas, expresados en tales términos no objetivos. Es bastante interesante que tales términos son los que causan la dificultad más grande, en comprensión y producción (hablar o escribir) para la mayoría de pacientes afásicos.

Los disturbios en la función del lenguaje constituyen solamente una parte de la sintomatología de la afasia. Otros síntomas incluyen modificaciones en el pensamiento, actitud y personalidad, así como cambios manifiestos de conducta en las esferas intelectual y emocional. El problema de la afasia, y más acertadamente, el problema de la persona afásica, no puede ser adecuadamente apreciado a menos que todas esas áreas de disturbios sean consideradas.

#### Símbolos, Lenguaje y Habla.

La afasia se manifiesta como un deterioro lingüístico en el empleo de Símbolos de lenguaje. La afasia es un disturbio del lenguaje por causa del empleo en el lenguaje de símbolos lingüísticos audibles ( palabras habladas) y símbolos lingüísticos visibles (gestos). En general, los disturbios afásicos incluyen incapacidades de algún grado, en la formulación o en la expresión, en la comprensión o en la producción de símbolos significantes. El grado y las formas es pecíficas de la dificultad varían con el paciente. En general, las siguientes formas de dificultades asociacionales son encontradas:

1o.- La comprensión y apropiada respuesta a símbolos audibles.

2o.- La comprensión de símbolos visibles (gestos y pa-



30.- La evocación de apropiadas palabras habladas en situaciones significantes.

40.- La producción de apropiado lenguaje escrito en situaciones significantes.

### Defectos del Lenguaje.

Algún conocimiento del desarrollo del lenguaje en un niño es de valor en el entendimiento de defectos adquiridos del lenguaje, porque el paciente afásico tiene problemas de lenguaje que se asemejan a los de los niños pequeños, y el proceso de reentrenamiento emita en una considerable extensión al original proceso de aprender. Justamente como el niño puede aprender a hablar a causa de estimulación auditiva, así también el afásico adulto se vale de la estimulación auditiva.

Los defectos en la habilidad de escuchar pueden variar de moderados a severos, pero antes de pasar un test para un defecto de éstos, uno debe primero establecer que la audición es adecuada, especialmente para tonos altos. Con audición adecuada, pero con un severo déficit del lenguaje escuchado, el paciente es incapaz de reconocer el significado de una simple palabra que oye. Esto puede ser llamado agnosia verbal auditiva. Cuando se le dice que señale un peine en un grupo de objetos, él es incapaz de hacerlo, aunque es capaz de usar el peine cuando se le da. Con un disturbio moderado, el paciente es capaz de hacerlo anterior pero es incapaz de entender completamente una simple frase. Tal paciente podría por ejemplo, ser incapaz

de reconocer el error en la frase "usted como con un cuchillo, tenedor y peine".

Con disturbio moderado, exposiciones conteniendo dos o tres ideas están fuera del alcance del paciente, aunque son entendidas simples frases. Pacientes que tienen un deterioro mínimo tendrán dificultades para comprender exposiciones largas y complejas, o frases habladas demasiado rápidamente. También tendrán dificultades si se les dan tres o más instrucciones continuadas una a otra para que hagan una serie de cosas. El hecho de recordar tales instrucciones habladas requiere retención. Los defectos en la habilidad de escuchar son llamados Afasia Auditiva o Afasia Receptiva.

En pruebas para las funciones auditivas del lenguaje auditivo, el examinador puede, sin quererlo, dar al paciente una sugestión no auditiva. Mirar de reojo al artículo que se desea que sea señalado, gestos o movimientos obvios de los labios, pueden inclinar al paciente a la respuesta apropiada. También muchos pacientes son muy hábiles para comprender una situación total y pueden engañar al examinador mediante movimientos de asentimiento con la cabeza, sonrisas y gestos para producir la impresión de que están entendiendo. Por otra razón uno debe tener la certeza de que el paciente responde de una manera específica y adecuada. El elemento volicional del lenguaje juega un papel en el lenguaje escuchado, aunque esto no es fácil de comprobar mediante un test. Evidencias del papel de la voluntad en los defectos del lenguaje escuchado pueden ser obtenidas notando que el paciente puede

comprender más rápidamente una narración que oye por casualidad, que cuando la misma narración es hecha directamente a él.

Un número de defectos del lenguaje hablado puede ser observado durante el examen del paciente. Con severo deterioro, el paciente es incapaz de hacer salir la palabra específica deseada. El puede ser incapaz de proferir palabras alguna a pesar de sus ovbios esfuerzos, o puede estar restringido al uso esteretipado de una única palabra para expresar cualquiera y todas sus ideas y sentimientos. Un paciente fué capaz de decir solamente "bien, honestamente", - pero fué capaz de comunicar una extensa variedad de significado por sus inflexiones. Otro severo defecto del lenguaje hablado es manifestado por una cadena de pseudo palabras -- sin ningún sentido y que no guardan relación unas con otras, conocida como jerga. Este último fenómeno está usualmente - asociado con un severo defecto del lenguaje escuchado.

Con defectos moderados de la expresión hablada, el paciente tendrá dificultad en seleccionar la palabra exacta - requerida, y la sustituirá por otra palabra o frase; esté - fenómeno es conocido como parafasia. Algunas veces la palabra sustituida está relacionada con la palabra deseada sobre las bases de alguna asociación o significado, o por similitud de sonidos. Otras veces existe la perseveración - de parte o de toda alguna palabra previa. A veces una frase que describe una función es sustituida por una palabra deseada. Un ejemplo de esto es el paciente a quien se le mos-

tró un peine y se le dijo que lo nombrará. El paciente replicó: "bueno, para su cabello". A veces circumlocuciones elaboradas por el paciente pueden enmascarar la parafasia, y esto puede ser la causa de que uno pase por alto el defecto afásico. Bajo estimulación emocional interior, un paciente con parafasia puede decir la palabra que había sido incapaz de hacer salir voluntariamente. Defectos moderados de la expresión hablada aparecerán como dificultad en formular y expresar una idea o una serie de ideas en frases y exposiciones bien organizadas. Las frases pueden ser incompletas, las palabras pueden estar fuera de orden, o el estilo puede ser telegráfico. Las conjunciones y palabras calificativas son comúnmente omitidas.

Desórdenes mínimos de la expresión hablada pueden estar manifiestos solamente por lentitud del habla, balbuceo o impedimentos pasajeros, falta de inflexión u ocasionalmente por tartamudeo, presumiblemente a causa de la moderada dificultad del paciente en encontrar la palabra apropiada. Los defectos de la expresión hablada han sido llamados Afasia Expresiva. El término afasia motora ha sido usado para designar el severo defecto del lenguaje hablado en el cual el paciente tiene marcada pobreza de palabras. Es importante hacer notar que hay una estrecha relación entre el lenguaje escuchado y el hablado, siendo el último marcadamente dependiente del primero. Defectos severos de la habilidad de escuchar están regularmente asociados con defectos severos del lenguaje hablado.

La parafasia se ve generalmente en asociación con mínimos o moderados defectos de las funciones receptoras del lenguaje auditivo.

Los defectos del lenguaje escrito siguen un patrón generalmente similar al que se ha discutido en relación con los defectos del lenguaje escuchado. Sin embargo, antes de verificar pruebas para tales defectos, es necesario tomar en consideración la agudeza visual del paciente. En adición, es importante chequear por un defecto del campo visual que puede interferir con la lectura, especialmente si el defecto es de origen reciente. Cambios más sutiles, tales como -- indiferencia a campos homónimos o desorientación espacial, -- pueden también necesitar ser investigados. Tales déficits -- pueden hacer perder al paciente el hilo del texto mientras lee. Con severos defectos de la lectura el paciente puede ser incapaz de reconocer palabras escritas. Si a tal paciente se le muestra el nombre escrito de un objeto, él será incapaz de señalar el objeto correcto, pero puede ser incapaz de identificarlo por otros medios. Por ejemplo, un empleado de bar (barman) que se vuelve afásico, será incapaz de leer los nombres de varios licores, pero será capaz de aprender a identificar la botella correcta por el dibujo específico en las viñetas. Con defecto mediano es capaz de reconocer palabras individuales pero tiene dificultad en entender -- simples frases o párrafos breves que lee. Los pacientes con moderados defectos demuestran dificultad solamente con frases y párrafos de más complejidad y mayor longitud, y que --

abarcan múltiples ideas. Pacientes con defectos moderados, cuando leen leerán palabras claves pero omitirán preposiciones y conjunciones. Con defectos mínimos, uno les puede notar solamente lentitud, balbuceo, repetición de palabras al leer, o la necesidad de repetir en voz alta para lograr entendimiento reforzado lo que ha sido leído, con los efectos de la audición. Defectos severos de la lectura con inhabilidad para reconocer letras o palabras ha sido reconocido como agnosia verbal visual, o ceguera de palabras.

Deficiencias menos severas en la lectura son llamadas afasia visual o dislexia.

En defectos severos de la expresión escrita el paciente a menudo es todavía capaz de copiar y aún escribir el dictado, pero es incapaz de expresar una idea por voluntad escribiendo la palabra deseada tal como el nombre del objeto que él ve. Defectos medianos permiten la ejecución de lo anterior pero interfieren con la escritura de una simple frase. Con defectos moderados el paciente escribirá la palabra errada o escribirá una porción de la palabra incorrectamente; este fenómeno es conocido como paragrafia, y es comparable a la parafasia de la expresión hablada. El tipo de errores en la paragrafia sigue el patrón descrito en la parafasia. Lentitud, errores ocasionales y dificultad en la formación de materiales complejos o acciones de escritura creativa será el principal fenómeno notado cuando el deterioro es mínimo.

La escritura mostrará considerable defecto en presencia de un déficit de la lectura. Desórdenes del lenguaje ha-

blado y escuchado tendrán un defecto más variable y generalmente menos severos sobre la escritura.

### CLASIFICACION

Se distinguen, siguiendo las ideas clásicas, tres tipos fundamentales de afasia: 1o) Afasia motriz pura, denominada también afemia o anartria; 2o) Afasia mixta o afasia de Broca; 3o) La afasia propiamente dicha o afasia sensorial o -- afasia de Wernicke.

Afasia motriz pura.- En este tipo de afasia el enfermo conserva su lenguaje interno y no puede hablar, aunque -- los músculos de la articulación están intactos. Se trata en realidad de un trastorno de la articulación de la palabra -- de origen cerebral. El enfermo no habla porque ha perdido -- la memoria de los movimientos necesarios para hablar. La -- anartria sólo tiene un síntoma: la imposibilidad de hablar, pero el enfermo comprende lo que se le dice, porque tiene la representación mental de la palabra que no puede articular, pero de la que es capaz de indicar el número de sílabas que tiene. La lectura y la escritura están conservadas.

Afasia mixta o afasia motriz de Broca. Se trata de una afasia a la vez de expresión y de comprensión. Una asociación de anartria y de afasia de Wernicke. Se caracteriza -- por: a) Imposibilidad, más o menos completa, de hablar, vale decir trastorno de orden anártrico; y b) alteraciones de -- la comprensión verbal, de la lectura y de la escritura, vale decir, trastornos del lenguaje interno del mismo tipo que --

se observa en la afasia de Wernicke. Es el tipo más frecuente de afasia. Los trastornos de orden anártrico dificultan la exploración de los trastornos afásicos principalmente dichos. El afásico de este tipo no puede hablar ni comprender en un grado más o menos acentuado. No puede escribir, ni espontáneamente ni al dictado (agrafia) pero, en cambio, puede copiar. Es por regla general, la asociación con hemiplejía.

Afasia sensorial. La afasia de Wernicke es esencialmente una afasia de comprensión. Existe pues, incompreensión de la palabra oral o escrita, es decir, sordera o ceguera verbal. Al mismo tiempo puede existir parafasia o jergafasia, pero el enfermo articula siempre bien. Hay trastornos también, en los recuerdos didácticos, en el cálculo, amusia, alteraciones en el sentido de la orientación, en la mímica; el estado intelectual suele estar profundamente interesado. La afasia de Wernicke se asocia frecuentemente con hemianopsia y con apraxia ideatoria; más raramente con hemiplejía.

Se distinguen también afasias corticales, subcorticales y transcorticales. Las afasias corticales son las producidas directamente por lesión al centro cortical; si se trata del centro motriz verbal, el resultado es una afasia de Broca; si se trata del centro sensorial verbal, es una afasia de Wernicke. Las afasias subcorticales son aquellas debidas a lesiones de las fibras de asociación que unen estos centros verbales con los centros motores o sensoriales correspondientes, y los resultados son afasias puras, es decir, afasia motriz, pura, sordera verbal pura o ceguera verbal pura.



Las clasificaciones existentes sobre afasia son tan numerosas como diversas, por lo que en este trabajo se exponen una compilación hecha por la Dra. C. Montenegro de Valdadares, de Panamá..

Pero para fines prácticos de diagnóstico de afasia, se utilizó una clasificación diagnóstica sencilla, que se verá más adelante.

El diagnóstico de la afasia se funda sobre los datos que nos proporcionan: (sobre todo en niños, en quienes el diagnóstico diferencial es más difícil).

- a) El interrogatorio. En ocasiones son claros y precisos: de carácter adquirido en la vida intrauterina; en el momento del parto, por distocia, por asfixia, por aplicación traumática de forceps; en la primera etapa de la vida, por eritroblastosis, por vira<sup>sis</sup>, en cuadros meningoencefalíticos evidentes, etc. Habrá ocasiones, sin embargo, en que nos encontramos frente a una ausencia total de datos. El proceso puede pasar in-advertido en sus orígenes. Puede ser de carácter heredo-familiar. La riqueza que proporciona el interrogatorio es de un caudal enorme.
- b) La exploración de la audición, sin que la falta de determinación de sus valores exactos, sea causa de retardo en el juicio previo y en la acción que de él se derive.

- c) La exploración de la voz y el "lenguaje"
- d) La exploración de la conducta, factor importantísimo de diferenciación con el niño sordo.
- e) La determinación del paciente intelectual con pruebas que no requieren órdenes verbales.
- f) Los exámenes complementarios de la clínica, que en ninguna forma deben constituirse en elementos básicos, sino auxiliares de la clínica.
- g) La observación cuidadosa y prolongada en un aula -- que, a través de la aplicación de métodos pedagógicos adecuados, nos proporciona lo que podríamos llamar una prueba terapéutica.

Es importante apuntar que, cuando el niño es afásico, falta lo fundamental, el receptor cortical: el oído existe. (Proponemos por su puesto, una afasia con audición normal, ya que es factible que exista el problema combinado.

En un capítulo anterior se ha expuesto la compilación de casi todas las clasificaciones de afasia (que son muchísimas) para fines más que todo informativo pero en el aspecto que más interesa en este trabajo es decir, en cuanto a diagnóstico se refiere es más adecuada una clasificación diagnóstica:

#### Clasificación Diagnóstica:

- 1) Afasia de tipo predominantemente expresivo, en la cual la mayor dificultad existe en las áreas expresivas del lenguaje, y puede incluir parte o todas las modalidades de la comunicación.

- 2) Afasias de tipo mixto o expresivo-receptivas, en la cual parecen estar igualmente comprometidas -- ambas funciones, expresiva y receptiva del len--- guaje.
- 3) Afasia de tipo predominantemente receptivo, en la cual la dificultad primordial parece ser en la -- comprensión.
- 4) Afasia Global. En la cual están severamente toma das tanto las areas receptivas como expresivas -- del lenguaje, no siendo el paciente capaz de en-- tender el lenguaje ni de expresarse en ninguna -- forma.

La clasificación que McGinnis hace de la afasia, en cuatro grandes grupos: motora, sensorial, mixta y global, contribuye efectivamente a la unificación de la terminología, bien necesaria por cierto. Carolina Montenegro de Valladares, de la Escuela Nacional de Sordos de Panamá, ha -- confeccionado la tabla siguiente, tomando en consideración la opinión de los autores más conocidos y aceptados:



AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Alves G., J.	AFASIA DE BROCA: El paciente no puede formular la frase (pérdida del lenguaje interior) y no puede ejecutar la acción (lesión del centro y vías efectoras de la fonación). No puede escribir, ni gesticular y no aprende a escribir con el lado dominante.	AFASIA MOTRIZ: Hemos adoptado el término de afasia motriz para denominar un gran grupo de trastornos caracterizados por: Dificultades en la articulación algunas veces las palabras u oraciones pueden ser pronunciadas con claridad, pero con gran esfuerzo; nombres y verbos pueden retornar gradualmente, usados en una especie de lenguaje telegráfico en el que sólo las palabras esenciales de lo que se desea expresar, pueden ser enunciadas; generalmente el afásico motor reconoce sus errores y puede corregirlos sin ayuda; también puede escoger la palabra de un grupo que se le presenta, pero casi siempre se le dificulta repetir las. La comprensión del lenguaje es aparentemente normal a ciertos casos ligeramente defectuosos; este grupo de trastornos ha sido llamado por muchos, afasia
Berry, M.F. y Eisenson, J.	AFASIA EXPRESIVA: Es el trastorno en el cual el paciente tiene dificultad (diversos grados) en el uso del lenguaje hablado o escrito.	
Broca, P.	AFEMIA: Usado como equivalente de pérdida de la palabra y que corresponde al que luego se ha designado con el de afasia motora o de Broca y localizado en el pie de la tercera circunvolución frontal izquierda.	
Britton, D.	AFASIA MOTORA: Algunas veces llamada afasia expresiva, es el resultado de un daño en el área de Broca en la tercera circunvolución frontal izquierda. La característica sobresaliente de este grupo es un lenguaje que está reducido en las primeras etapas de recuperación y que a veces consiste solamente en expresiones emocionales.	

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO - DE V.
	<p>Nombres y verbos retornan gradualmente y el estilo-telegráfico de las oraciones en las que solo las palabras esenciales del pensamiento son expresadas. La comprensión del lenguaje es aparentemente normal. Afasia motora se caracteriza especialmente por dificultades de la articulación. En algunos casos las palabras y oraciones son pronunciadas con claridad pero son producidas con gran esfuerzo. Muchas veces el mismo paciente reconoce sus errores y hasta puede corregirlos sin ayuda. La lectura y la escritura muestran dificultades en diferentes grados, hasta una pérdida completa. El afásico motor puede sentirse mejor en la lectura silenciosa que en la oral.</p>	<p>AFASIA MOTRIZ: expresiva y se piensa que es el resultado de una lesión en la tercera circunvolución frontal (pie del homúnculo).</p>
ameron, H.	<p>AFASIA EXPRESIVA: Es el trastorno lingüístico de tipo motriz.</p>	
Freud, S.	<p>AFASIA DE CONDUCCION: Venría a ser un tipo de afasia motora. Freud creyó que toda afasia era el resultado de un defecto en el mecanismo de conducción de la corteza y que la afasia debería llamarse propiamente afasia de conducción. Sin embargo, Freud estaba más interesado en definir la conducta de los afásicos que los aspectos de nomenclatura.</p>	

---

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO - DE V.
Goldstein, K.	AFASIA CENTRAL(CORTICAL) MOTRIZ: En la cual hay una extensión de la inahilidad afectando toda la corteza. AFASIA TRANSCORTICAL MOTRIZ. En la que el efecto radica entre las áreas sensoriales y motoras. AFASIA SUBCORTICAL MOTRIZ: Donde el defecto es localizado y separado en un área de funciones particulares dependientes del resto de la corteza.	AFASIA MOTRIZ
Head, H.	DISFASIA: a) Afasia verbal: Dificultad en la formación de las palabras. b) Afasia nominal: Es el uso incorrecto de los nombres en el lenguaje y en la escritura. c) Afasia de tipo sintáctico: Consistente en una jerga incoherente.	
Henschen, S.E.	AFASIA DE BROCA: Interpretada como un trastorno motor del lenguaje.	
Jackson, H.	JARGON: Jackson vio que algunos pacientes tenían un lenguaje incomprensible para el que escuchaba, pero que aparentemente tenían algún significado para el que hablaba.	
Longerich, M. C. y Bordeaux, J.	AFASIA EXPRESIVA: Es una dificultad de simbolización que altera la producción normal visible o audible de esas ideas.	

---

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Lordat.	Este es el tipo más frecuentemente encontrado - por los terapistas porque envuelve la parte frontal del área de Broca, que es particularmente vulnerable a las lesiones violentas.	AFASIA MOTRIZ
Pieron, H.	ALALIA: Denominó así a los trastornos lingüísticos -- producidos por lesiones cerebrales. AFASIA APRAXICA O APRAXIA CORTICAL: Dificultades en el aspecto motor del lenguaje. Describió sus propias observaciones de cada paciente en los términos siguientes: a) Tipo de desorden --- (agnosia, apraxia, afasia). b) Localización anatómica asociada a la lesión intracraneana (frontal, parietal, etc). c) Modalidad afectada - (visual, auditiva, etc.) d) Función afectada (lectura, escritura, etc.)	
Marie, P.	AFEMIA: Un desorden en el que el lenguaje es comprendido, la lectura mental es perfecta y la mímica y la escritura son sustituidas por expresión oral.	
	ANARTRIA MAS AFASIA SENSORIAL: Para este autor la -- afasia motora es la combinación de la sensorial y de la anartria. La anartria corresponde a la afasia motriz pura y es producida por lesiones en el cuadrilatero -- por él descrito.	

---

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
-------	----------------------------	--

---

AFASIA MOTRIZ

Pons, P.A. AFASIA MOTORA CORTICAL: La lesión radica en el lado izquierdo en los dos tercios posteriores de la tercera circunvolución frontal y zonas adyacentes. El cuadro está caracterizado por una pérdida del componente motor de la palabra, conservándose el sensorial. Hay por lo tanto una imposibilidad de hablar espontáneamente, de repetir lo oído y de leer en voz alta.

Pick, A. AFASIA EXPRESIVA: Este término fué empleado (1863) para describir los trastornos motores. Pick, siguiendo las ideas de H. Jackson, creyó también firmemente en una interpretación psicológica del problema.

Weisenburg, T. y Mc. Bride, K. PREDOMINANTEMENTE EXPRESIVA: Los síntomas son predominantemente motores y consisten en una inhabilidad para expresar las ideas a través del lenguaje hablado o escrito.

Wernicke, C. AFASIA MOTORA: Es el tipo de afasia también llamado afasia de Broca, ya descrito.

Berry, M.F. AFASIA RECEPTIVA: Es el trastorno en el cual se pierde o se dificulta la habilidad para la comprensión del lenguaje hablado o escrito. Reconocen una serie de subtipos en este trastorno: agnosias, alexias, afasia auditiva verbal.



AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Broca, P.	AMNESIA VERBAL: Broca usó este término para aquellos pacientes en los que había visto pequeñas dificultades motoras y una considerable inhabilidad para recordar las palabras y comprender su significado. Sin embargo él no incluyó el concepto de defecto sensorial en la clasificación de su sistema.	AFASIA SENSORIAL: Ha sido llamada también afasia receptiva; se ha dicho que resulta de una lesión en el área de Wernicke en la primera vuelta temporal de la corteza. La característica predominante es una pérdida severa de la habilidad para comprender el lenguaje hablado, sin pérdida de la habilidad para oírlo; el lenguaje es a menudo ininteligible por la confusión y el desorden de las palabras en la secuencia de la oración; frecuentemente usan equivocadamente las palabras y se aferran, a veces, a ciertos patrones de sonidos. Por lo general reconocen sus errores y se molestan si no se les entiende.
Krittom, D.	AFASIA SENSORIAL: Resultante de una lesión en la primera circunvolución temporal de la corteza; la característica predominante es la pérdida de la habilidad para la comprensión del lenguaje sin que ello implique pérdida de la habilidad para oírlo; el lenguaje es a menudo ininteligible y se usan patrones de vocalización. Los afásicos sensoriales a veces reconocen sus errores y se irritan cuando no se les comprende.	
Merón, H.	AFASIA RECEPTIVA; En estos casos el paciente pierde la habilidad para comprender el significado de las palabras.	
Freud, S.	AGNOSIA DE CONDUCCION: Significa pérdida de función de reconocimiento de los estímulos sensoriales. Sin embargo, Freud no estaba interesado mayormente en la definición y nomenclatura sino en determinar la conducta del paciente afásico.	

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Goldstein, K.	SORDERA VERBAL PURA: Una inhabilidad para comprender e integrar los estímulos auditivos. AFASIA SENSORIAL CORTICAL: En la que se presenta una manifiesta inhabilidad para la integración de estímulos de cualquier modalidad. AFASIA CENTRAL: Correspondiente al tipo transcortical del lado motor y que es frecuentemente referida como afasia sensorial tras cortical.	AFASIA SENSORIAL
Lichtheim, S.E.	AFASIA DE WERNICKE: Denomino así el trastorno ya descrito por Wernicke; todos sus estudios los hizo basándose en autopsias; descartó por completo todas las ideas psicológicas del problema de la afasia; fué el mayor opositor a las ideas de Head.	
Jackson, H.	JARGON: (O jergafasia): -- Usó este término indistintamente para los dos tipos de afasia (sensorial y motora).	
Lichtheim, A.	AFASIA SENSORIAL:(1876) También la denominaba sordera verbal y se caracterizaba por una inhabilidad para captar o integrar los estímulos sensoriales.	
Lichtheim, M.C. Bordeaux, J.	AFASIA RECEPTIVA: Es un -- disturbio de la percepción, falta de reconocimiento para sonidos, ruidos; o para reconocer símbolos hablados o escritos; es también un trastorno en el reconocimiento o comprensión de objetos animados o inanimados. Cuando los pacientes son incapaces para reconocer lo --	

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
	que han visto, oído o tocado, Jackson denomina a esos impedimentos para -- identificación como "in-- percepción".	AFASIA SENSORIAL
nielsen, J.M.	AFASIA VISUAL O AGNOSIA - VISUAL: Este autor es uno de los últimos localistas; su sistema de clasificac-- ción presenta ochenta y siete tipos de trastornos afásicos; la agnosia visual la describe como la pérdi-- da del poder de reconocer símbolos escritos, por una-- lesión del girus angular.	
Pieron, H.	CEGUERA VERBAL: (afasia -- verbal, sordera verbal): - trastorno de la comprensión verbal de los signos escri-- tos; desorden en el cual la habilidad para la compre-- sión de las palabras es -- pérdida sin trastorno del mecanismo auditivo perifé-- rico.	
Marie, P.	AFASIA SENSORIAL: Con va-- riantes. Para Pierre-Marie, esta era la verdadera afa-- sia; hay pérdida del compo-- nente sensorial auditivo de la palabra. Falla la compre-- sión de lo oído y no sólo -- el sentido de la frase, sino también de los sonidos ele-- mentales que constituyen las palabras, sílabas y fonemas.	
ick, A.	IMPRESIVA: Denominó así a -- los trastornos de tipo senso-- rial, sustituyendo el término "receptivo".	
ons, P.A.	AFASIA CORTICAL, SORDERA VER-- BAL PURA. AGNOSIA VERBAL: Los pacientes oyen las palabras como un sonido raro no iden-- tificable ni comprensible. - Por lo tanto, aunque perciben	

Además de los dos grandes grupos de trastornos afásicos ya mencionados en las tablas presentadas, reconocemos los siguientes:

- a) Afasia Mixta: En este tipo se presenta el trastorno sensorial en igual proporción al motor; la habilidad para comprender el lenguaje se encuentra afectada, lo mismo que la habilidad para expresarlo. La recuperación es lenta y laboriosa.
- b) Afasia Global: Caracterizada por un trastorno general, en el cual todas las áreas expresivas y receptoras están afectadas.

Los diferentes autores han reconocido una serie de trastornos afásicos concomitantes a los dos grandes grupos ya estudiados; como sigue la terminología siendo sumamente abundante y confusa, hemos querido también intentar unificarla en estos aspectos.

---

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Berry, M.F. y Eisenson, J.	AFASIA NOMINAL O ANOMIA: - Es la dificultad para evocar la palabra apropiada para una situación; sobre todo, la dificultad se refleja en nombres, verbos, etc. entonces se emplean frases sustitutivas o se usan gestos.	AFASIA AMNESICA: Algunos autores la consideran como un tipo separado de afasia, pero ella aparece generalmente asociado al síndrome afásico. El principal impedimento reside en la dificultad para recordar los nombres de objetos, personas, situaciones y acciones.
Britton, D.	AFASIA AMNESICA: Indistintamente ha sido atribuida a lesiones en el lóbulo frontal, temporal o parietal o a lesiones difusas no es una forma común de afasia, pero sí se han dado casos en los que la dificultad estaba en la evocación.	

---

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
-------	----------------------------	--

---

cación de ciertos nombres y en transferir la letra impresa o cursiva; lo copiado no tiene ningún significado para el paciente.

AFASIA AMNESICA

- Goldstein, K. AFASIA AMNESICA: Dificultad para la evocación y hallazgo de nombres, adjetivos, verbos, en especial los nombres de los objetos concretos. Sólo los casos con este defecto que estén relacionados con alteraciones de la actitud abSTRACTA, deben ser denominados afasia amnésica; en forma pura no son frecuentes los casos.
- Head, H. AFASIA NOMINAL: Dificultad para recordar nombres, especialmente de cosas concretas; es una dificultad para evocar.
- Longerich, M.C.  
Bordeaux, J. AFASIA AMNESICA: Es una inhabilidad para encontrar los nombres usados para denominar objetos concretos; algunas veces se le llama afasia nominal; aparece debido a lesiones en los lóbulos temporal y frontales.
- Nielsen, J.M. IRREMINISCENCIA: (Afasia amnésica): Se produce por una interrupción de asociaciones entre las áreas temporales y frontales y produciría la pérdida de la habilidad para evocar nombres situaciones, así como para reconocer o recordar algunos símbolos escritos.

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Pitres, A.	AFASIA AMNESICA: Persiste - aunque parcialmente el lenguaje espontáneo; pero hay dificultad para evocar nombres y verbos; fué Pitres el primero en describir este trastorno.	AFASIA AMNESICA
Pens, P.A.	AFASIA AMNESICA O AFASIA - VERBAL: Descrita como la - dificultad para evocar nombres y verbos, conservándose mejor la evocación de partículas y formas de expresión; cita el autor en este trastorno una variante que llama amnesia óptica y que corresponde a los tipos de afasias determinadas por lesiones en el pliegue curvo.	
Wepmann, J/	ANOMIA: Inhabilidad para - usar los nombres comunes - de objetos o personas; el paciente usa circunloquios para poder expresar sus ideas, no puede evocar nombres concretos; el tipo en forma pura es sumamente raro.	
Berry, M.F. y Eisenson, J.	AGNOSIAS: Son impedimentos en la habilidad de un individuo para discernir configuraciones de objetos, láminas o símbolos; es la pérdida de la habilidad para reconocer configuraciones normalmente recibidas por una vía sensorial, cuando sobre una base puramente - psíquica, el órgano sensorial no es significativamente defectuoso. Describen los subtipos siguientes:	AGNOSIAS Son fallas en la - habilidad para reconocer configuraciones de objetos, o símbolos que -- normalmente pueden ser recibidos. Si la recepción - sensorial es razonablemente buena, el discernimiento o reconocimiento de lo debido, debe ser determinado. - Hay varios tipos de este trastorno.
	a) agnosia auditiva (a veces constituya cordera de la na	

---

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
	b) agnosia auditiva musical. c) agnosia visual d) agnosia tactil. Las agnosias son, "per se", trastornos sub-simbólicos.	AGNOSIAS
Britton, D.	AGNOSIA VISUAL: Pérdida de la habilidad para reconocer objetos por la vista: puede ser causada por lesiones en el lóbulo parieto-occipital.	
Freud, S.	AGNOSIA: Significa pérdida de la función de reconocimiento de los estímulos sensoriales individuales.	
Jackson, H.	IMPERCEPCION: Trastorno de la identificación o reconocimiento de los objetos o símbolos; la estudió a fondo pero fue olvidado en su época hasta que Pick le dio actualidad.	
Longerich, M.C. y Bordeaux.	AGNOSIA: Es un tipo de afasia receptiva en la que se pierde la habilidad para reconocer y comprender palabras habladas o escritas, ruidos u objetos animados e inanimados. Tipos: a) agnosia visual; b) agnosia auditiva; c) agnosia musical; d) agnosia tactil; y e) Topagnosia, para tiempo y espacio.	
Mynert.	ASIMBOLIA: (1866): Incapacidad de reconocimiento de dibujos, esquemas, letras, cifras, etc.	
Nielsen, J.M.	AGNOSIA: Descrita como la pérdida del poder para reconocer objetos o símbolos.	

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Pons, P.A.	AGNOSIA: Es la incapacidad para elaborar o configurar las sensaciones obtenidas al través de los correspondientes órganos de los sentidos, para llegar a formar el concepto de lo percibido; por lo tanto es un trastorno de la identificación o reconocimiento de los objetos o símbolos. Tipos: a) Tactil; b) Optico; c) Auditivo; d) Olfatorio; e) Gustativo; f) del espacio; estos tipos se subdividen en otros.	AGNOSIAS
Steinthal, H.	ASEMIA: (1871): pérdida de la habilidad para reconocer configuraciones de objetos, grabados o símbolos.	
Wepmann, J.	AGNOSIA: Es la pérdida de la habilidad para reconocer objetos o símbolos, tanto para la visión como para la audición; la pérdida tiene a ser específica para palabras, sílabas letras u otras unidades simbólicas. La ha dividido en doce tipos: a) Visual para forma; b) Visual numérica; c) Visual para letras; d) Visual para palabras; e) Visual para medidas; f) Visual para colores; g) Cinética audio-visual; h) Verbal auditiva; i) Musical auditiva; j) Numérica auditiva; k) Tactil; l) Topagnosia.	
Vernicke, C.	AGNOSIA TACTIL: Descrita y denominada como parálisis cerebral del tacto; puede presentarse en forma parcial o total.	



AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Berry, M.F. y Einsenson, J.	<p>APRAXIAS: Son trastornos caracterizados por dificultades en el uso voluntario e intencional de instrumentos.</p> <p>Cuando los instrumentos son los órganos de la articulación, el lenguaje resulta directamente afectado y tendremos una apraxia oral o verbal. Algunas apraxias aparecen solamente para el uso de instrumentos extraños al cuerpo.</p>	<p>APRAXIAS</p> <p>Cuando los movimientos necesarios para la expresión del lenguaje hablado o escrito, se encuentran entorpecidos o confundidos, denominamos a tal trastorno "apraxia". Se presenta también como una incapacidad para efectuar movimientos voluntarios simples, tales como: tomar objetos como cepillos, peines, lápices, etc. Cuando el trastorno es particularmente severo, el paciente está completamente incapacitado para poder expresarse; afortunadamente este estado es raro, excepto en las primeras etapas de presentación del trastorno afásico.</p>
Liepmann, J.	<p>APRAXIAS: Fué el primero en hablar y definir este trastorno; lo describió como una inhabilidad para realizar movimientos musculares especiales, debido esto a una dificultad cortical; habló específicamente de una apraxia de los músculos del lenguaje se le llamó a Liepmann "el padre de la apraxia".</p>	
Longerich, M.C. y Bordeaux, J.	<p>APRAXIA: Descrita como un tipo de afasia expresiva; es una dificultad o un trastorno en la habilidad para realizar un acto motor específico, requerido o deseado.</p>	
Pons, F.A.	<p>APRAXIA: Es la imposibilidad de realizar actos, es decir, movimientos adaptados a un fin, a pesar de conservarse la integridad motora y la psíquica; se ha dividido en dos tipos: Apraxia motora y apraxia ideatoria.</p>	

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Wepmann, J.	APRAXIAS: Definida como - pérdida de la habilidad - para ejecutar actos voluntarios simples; la describe como un tipo de afasia expresiva o motora. Hay - varios tipos: a)General;b) Verbal; c) Para la escritura (agrafía); d) Para números; e) Para cálculos;f) para construcción; g)Ideomotora.	APRAXIAS
Berry, M.F. y Eisenson, J.	PARAFASIA: Son errores y - distorsiones en la producción simbólica; hay tendencias perseverativas reflejadas en el uso del lenguaje del afásico; los errores parafásicos del afásico no son considerados como deslices de la lengua o de la pluma, si es que está escribiendo; y que personas normales pueden tener encontrándose bajo --- efectos de un estado emocional o de fatiga; ellos pueden considerados o explicados no como daños cerebrales, sino como productos no intencionales de una mente que no puede mantener vigilancia intelectual en una situación lingüística; el afásico no es capaz de mantener tal vigilancia a causa de su lesión cerebral y no porque se encuentre fatigado o -- distraído.	PARAFASIA  Son(de acuerdo con Berry) errores en la producción simbólica; y se encuentran en dos -- formas: El agramatismo y el paragramatismo. Sobre estos términos no -- hay mayor confusión.
Longerich, M.C. y Bordeaux, J.	PARAFASIA: Es un trastorno en la dicción gramatical - o sintáctica, que puede -- presentarse como una distorsión en la escritura o una distorsión en la expresión oral, en la omisión o	

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
	palabras; se presenta en todas las categorías de afasias. Hay tres tipos: a) Paragramatismo; b) Agramatismo; c) Parafasia mixta; (Goldstein se refirió a esto como a la parafasia de la actitud abstracta).	PARAFASIA
Goldstein, K	PARAFASIA: Describe este trastorno como causado por una dificultad motora por el uso de imágenes verbales o por el trastorno de lenguaje interior; esta forma de parafasia es la más frecuente y se presenta en pacientes con afasia motriz o sensorial, si la lesión no sólo afecta la parte motora o sensorial del área del lenguaje, sino también el área importante para el lenguaje interior.	
Pons, P.A.	PARAFASIA: La describe como el empleo de una palabra por otra; o porque se cambian sílabas o se alteran las letras de las palabras; cuando la parafasia es muy severa el enfermo habla una jerga ininteligible. Tipos: a) Verbal; b) Silábica; c) Literal.	
Wepmann, J.	PARAFASIA: Con este nombre genérico describe todos los tipos de aparentes errores de sintaxis o de formas gramaticales encontrados en el lenguaje oral o escrito de los pacientes afásicos. Se encuentra en todas las categorías de afasia. Pueden ser descritos dos tipos: a) Agramatismo (lenguaje tipo telegráfico); b) Paragramatismo (visto más a menudo en las afasias receptivas; la forma que toma es la de sustituir	

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Goldstein, K.	<p>DISARTRIAS: Son defectos de la articulación causados por un daño nervioso periférico o central; los trastornos disártricos y apráxicos, acerca de los cuales ya discutimos, están en un nivel más bajo; ellos se presentan frecuentemente en pacientes afásicos y constituyen tipos especiales de disfunciones motoras asociadas con daño cerebral y producción lingüística.</p> <p>La parte expresiva del lenguaje puede aparecer alterada en muchas formas, entre ellas: por paresia de los músculos empleados al hablar, y los complejos sintomáticos que constituyen el resultado de estas alteraciones son aquellos generalmente denominados disártricos.</p>	<p>DISARTRIAS</p> <p>Defecto en la articulación del lenguaje, común a varios tipos de afasia, pero que puede existir sin que implique obligadamente un trastorno afásico; concordamos con la opinión de Berry con la de Wepmann.</p>
Longerich, M.C. y Bordeaux, J.	<p>DISARTRIAS: Común a muchos afásicos y frecuentemente aparece en personas no afásicas; este tipo de disartria central aparece como un síntoma asociado a la afasia; por un funcionamiento torpe de la lengua, el paciente con disartria central tiene dificultad para mover ese órgano de un lado a otro; se le dificulta la ejecución de movimientos rítmicos o repetidos.</p>	
Pons, P.A.	<p>ANARTRIA O DISARTRIA: Trastorno del lenguaje, debido a defecto en el sistema verbomotor de proyección debe distinguirse de la afasia.</p>	

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Wepmann, J.	Otro defecto en el lenguaje que es común en todos los tipos de afasia es la inhabilidad para producir repetidamente, movimientos musculares articulatorios en una forma suave y rítmica. Es necesario, a menudo diferenciar entre la disartria común encontrada en los pacientes con parálisis facial y el desorden de tipo cortical; el signo más común de esa diferenciación es la producción de vocales especialmente en término de vocales prolongadas; el paciente con parálisis facial se inclina a pronunciar pesadamente sus palabras y a articular en grupos de sonidos o sílabas, mientras que las disartrias centrales aparecen en forma de omisiones o faltas de enunciación de los sonidos consonánticos.	DISARTRIAS
Berry, M.F. y Eisenson, J.	AMUSIA: Llamada también agnosia auditiva musical; es un trastorno de la habilidad para apreciar o para producir una melodía.	AMUSIA  Es la inhabilidad para reconocer o recordar elementos o complejos musicales. Esta inhabilidad puede o no presentarse en afásicos; tiene gran cantidad de variantes que han sido ya -- numeradas en esta revisión.
Goldstein, K.	SORDERA MUSICAL: Generalmente las alteraciones para el reconocimiento y percepción de la música, ocurren cuando hay una sordera verbal, no obstante, se dan casos en que existe esta "sordera" sin que se presenten trastornos en la habilidad musical.	Es la inhabilidad para reconocer o recordar elementos o complejos musicales. Esta inhabilidad puede o no presentarse en afásicos; tiene gran cantidad de variantes que han sido ya -- numeradas en esta revisión.
Longerich, M.C. Bordeaux, J.	AGNOSIA MUSICAL O AMUSIA: Trastornos en el reconocimiento de la música; describen dos tipos: a) agnosia visual de la música; y b) agnosia auditiva de la música.	Es la inhabilidad para reconocer o recordar elementos o complejos musicales. Esta inhabilidad puede o no presentarse en afásicos; tiene gran cantidad de variantes que han sido ya -- numeradas en esta revisión.

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Pons, P.A.	AMUSIAS: Todo lo dicho sobre las afasias puede trasladarse a las amusias, si el lenguaje se substituye por la música. Como se comprende, existen todas las modalidades de amusias correspondientes a las de las afasias.	AMUSIAS
Wepmann, J.	AMUSIA O AGNOSIA AUDITIVA: - Inhabilidad para percibir o reconocer elementos o complejos musicales, o de recordarlos, o de reconocer qué instrumentos están siendo tocados; qué emociones expresan, qué ritmo, etc.	
Berry, M.F. y Eisenson, J.	ALEXIAS: Antes de determinar si una persona sufre de alexias, es importante hacerle un test para agnosia visual - pues quien no puede discernir patrones de letras cursivas o de imprenta no será capaz de evaluar arreglos de letras o de palabras, es decir será incapaz de leer; alexia, sin embargo, existe frecuentemente sin estar asociada a la agnosia visual.	ALEXIAS  Es una habilidad manifiesta para la lectura de comprensión; puede aparecer grados variables, concomitantes a síntomas afásicos o independientemente de ellos.
Britton, D.	ALEXIA: La habilidad en la lectura está severamente afectada o totalmente perdida.	
Longerich, M.C. y Bordeaux, J.	ALEXIAS: (Primaria o pura y secundaria). Es un impedimento para la lectura: es un trastorno en el reconocimiento de materiales visuales: letras, figuras, sílabas o palabras. Se discute la existencia de dos tipos de alexia: la primaria y la secundaria.	
Wepmann, J.	ALEXIAS O AGNOSIA VISUAL DE LA PALABRA: La inhabilidad demostrada por muchos pacientes afásicos en la comprensión de la palabra impresa, es probablemente, la dificultad del lenguaje más conocida y discutida.	

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA POR MONTENEGRO DE V.
Berry, M. F. y Eisenson, J.	AGRAFIAS: Por lo general - los trastornos en la habilidad para la escritura son paralelos con los de la expresión oral; el paciente -- que se inclina a hablar telegráficamente también omitirá preposiciones, conjunciones y artículos en la <u>es</u> critura.	AGRAFIAS  Es un trastorno - de la habilidad y generalmente acompaña a otros síntomas afásicos.
Goldstein, K.	AGRAFIA: Alteración de escritura; existen dos grupos principales de agrafia; primaria -- por alteración del complejo - acto motor de la escritura y secundaria, debida a alteraciones del lenguaje.	
Longerich, M. C. y Bordeaux, J.	AGRAFIA: Defectos severos en la escritura, pueden ser síntomas de apraxia o de afasia; son apráxicos cuando los movimientos para escribir son confusos o difíciles, no pueden iniciar letras porque los movimientos patrones usados en la escritura están perdidos. En afasia - cuando la habilidad de escribir o de copiar está intacta, y el defecto está en relación con la escritura de palabras; tales trastornos son usualmente las - consecuencias de defectos del - lenguaje, pero no siempre serán paralelos con la habilidad para el lenguaje hablado.	
	AGRAFIA: Cuando el paciente exhibe apraxia solamente en la <u>es</u> critura, la dificultad es denominada agrafia.	
Wegle.	AGRAFIA: (1867) Introdujo este - término para definir una dificultad para escribir, con dos - características específicas: dificultad para copiar y dificultad para escribir al dictado.	

AUTOR	EXPLICACION DE SU TERMINO.	DENOMINACION ADOPTADA MONTENEGRO DE V.
Wepmann, J.	APRAXIA DE LA ESCRITURA: (agrafia): Es comúnmente vista en los pacientes - como un trastorno en el cual el individuo no puede recordar como formular las palabras o letras del lenguaje escrito. En casos más aislados, el paciente no puede recordar como coordinar los músculos necesarios para hacer los movimientos del acto de escribir.	AGRAFIA
Berry, M.F. y Eisenson, J.	ACALCULIA: Trastorno caracterizado por dificultad en el manejo de los números, especialmente en lo que respecta al cálculo.	ACALCULIA Es la alteración de la habilidad para el manejo de los números y de la habilidad de cálculos.
Britton, D.	ACALCULALIA: Pérdida de la habilidad para calcular.	
Goldstein, K.	ALTERACIONES EN LA CAPACIDAD DE CALCULAR: Las alteraciones de la capacidad de calcular son frecuentes en los casos con lesiones cerebrales; el cálculo es una función compleja en la cual pueden distinguirse dos factores principales: a) El intelectual o sea la Facultad de comprender el valor de los números y de realizar las diferentes operaciones de cálculo; b) el automático o sean los patrones aprendidos, que se convierten en automatismos motores y a veces en automatismos de escritura y modelos visuales.	
Wepmann, J.	APRAXIA DEL CALCULO: (Acalculia): Es este el nivel más alto de inhabilidad en el uso de los números.	



OBSERVACIONES SOBRE DOMINANCIA CEREBRAL

En los años recientes ha habido mucha especulación concerniente a las relaciones entre el uso de la mano y la organización cerebral del lenguaje. Mientras que permanece inalterable el hecho de que en personas diestra con ancestros diestros predomina la dominancia del lado izquierdo en la representación del lenguaje; se ha ido incrementando aparentemente que la representación del lenguaje en zurdos y ambidiestros es exactamente la imagen en un espejo de lo que se ve en los diestros, la evidencia para esto viene de la tabulación de la incidencia y curso de la disfasia después de lesiones cerebrales unilaterales de cada hemisferio en los sujetos zurdos. Tales estudios han conducido a interpretaciones extensamente divergentes. Así, Penfield y Roberts (1959) concluyen que el hemisferio izquierdo es dominante para el lenguaje en la mayoría de las personas, dejando el manejo de la mano de aplicabilidad dudosa; y similarmente Russel y Espir (1961) sostienen que rara vez la disfasia sucede a después de heridas penetrantes del hemisferio derecho, inferiendo de esto que el lenguaje está casi siempre representado en el hemisferio izquierdo, aún en los sujetos zurdos. Otros investigadores, opinando desde un punto de vista menos extremo, se limitan a sostener que la representación del lenguaje es más probable que esté a la izquierda, aún en los zurdos, pero que en éstos ocurre menos frecuentemente que en los fuertemente diestros.

La última posibilidad, de que la representación del lenguaje pueda no siempre estar completamente lateralizado -

a un hemisferio debè ser también considerada. Chesher, en -- 1936, fué el primero en postular algunas representaciones bi-- laterales del lenguaje en individuos que usaban indistinta-- mente una mano u otra, mediante observación de la frecuencia con la cual la disfasia seguía a daño en cualquier hemisfe-- rio en tales casos. Similarmente Conrad (1940) observando la alta incidencia y naturaleza transitoria de la disfasia en -- los zurdos con lesiones cerebrales unilaterales, arguyó que -- es característico algún grado de ambilateralidad cerebral en las personas zurdas y ambidiestras. Es sabido que los niños -- jóvenes son propensos a mostrar moderados disturbios del len-- guaje después de daño a cualquier hemisferio, sugiriendo la-- teralización incompleta de las funciones verbales, y Conrad considera que a los zurdos simplemente les falta desarrollar el patrón adulto típico de especialización hemisférica unila-- teral. Esta idea ha recibido reciente soporte estadístico de la observación de Subirana (1958) que, en casos de hemiple-- jia y afasia debida a accidente cerebrovascular, el pronósti-- co de recuperación del lenguaje es significativamente mejor en sujetos con tendencias zurdas, o con tendencias familia-- res zurdas, que en los fuertemente diestros o de estirpe --- diestra. En este caso la recuperación, a pesar de persisten-- te debilidad motora contralateral, está favorecida en el gru-- po de zurdos por alguna representación bilateral del lengua-- je. La última evidencia en apoyo de este punto viene de Hé-- caen y Piercy (1958) quienes observaron más ejemplos de dis-- fasia expresiva durante crisis epilépticas en pacientes zur-

dos que en diestros, indiferentemente del sitio del foco -- epiléptico; ellos concluyen de ésto que los procesos del -- lenguaje están más difusamente representados en las personas zurdas que en las diestras, siendo la bilateralidad un aspecto de ésto.

Tales y similares especulaciones son, por supuesto, inferencias indirectas del estudio de grandes números de pa---cientes con lesiones cerebrales unilaterales. Una aproxima--ción más directa al problema es provista por Wada (1949) con la técnica de inyección intracarotídea de amytal sódico, siendo inyectados el lado derecho y el izquierdo en diferentes - días. Mediante tal interferencia temporal con el funciona---miento de cada hemisferio a la vez, es posible comparar los dos hemisferios cerebrales del mismo paciente con respecto - a su participación en el lenguaje. Desde el punto de vista - de una apreciación cualitativa del lenguaje, este método tiene el inconveniente de que el tiempo de acción de la droga - es demasiado corto para permitir alguna prueba extensiva de los diferentes aspectos del lenguaje; no obstante, hay amplia confirmación neuroquirúrgica de que el test es un indicador - válido de la dominancia cerebral para el lenguaje (Branch, - Milner y Ramussen, 1964).

La técnica de amytal intracarotídeo es ahora usada de - de rutina en el Instituto Neurológico de Montreal para deter- minar el lado de la representación del lenguaje en todos los pacientes zurdos y ambidiestros que han sido considerados para cirugía cerebral y también en algunos diestros, particu-

larmente aquellos casos en los cuales hay razón para sospechar que el lenguaje puede no estar representado en el hemisferio izquierdo. Los hallazgos en los primeros 20 pacientes de la serie fueron reportados en 1960 por Wada y Rasmussen y, en un estudio que se detallará más adelante, Branch, Milner y Rasmussen han ahora extendido este reconocimiento hasta incluir 123 pacientes consecutivamente estudiados. Algunas observaciones preliminares usando esta técnica han sido también reportados por Terzian y Cecotto (1950), y otros, pero el número de sujetos zurdos fué muy pequeño y no en todos se practicaron inyecciones bilaterales. Consecuentemente los datos no arrojan luz sobre el problema de las relaciones entre el manejo de la mano y la organización cerebral del lenguaje. Sin embargo ellos han confirmado que el método es válido y que los efectos de la droga están normalmente limitados a un hemisferio.

En los estudios de Montreal, un procedimiento estándar es usado desde el principio hasta el fin. Al paciente se le da primero alguna práctica en nombrar objetos comunes rápidamente según se le pregunta, repetir los días de la semana para adelante y para atrás, contar y leer. Entonces se pone durante tres segundos, una inyección de 200 mgm. de solución de amytal sódico al 10%, adentro de la arteria carótidea común de un lado, mientras el paciente cuenta despacio con voz alta, con las piernas flexionadas, los brazos levantados, y los dedos en movimiento. La inyección normalmente produce una inmediata hemiplejia contralateral el brazo y la pierna caen a la

cama y se vuelven flácidos, pero los miembros del lado inyectado permanecen levantados y los movimientos voluntarios de brazo y pierna homolaterales pueden ser afectados a voluntad tan pronto como los pocos segundos iniciales de confusión -- han pasado. El paciente usualmente balbucea, o para de contar, al final de la inyección, pero si ésta está dentro del hemisferio no dominante, comenzará de nuevo a contar de unos pocos segundos, y nombrará objetos correctamente, y repetirá los días de la semana correctamente mientras la hemiplejia -- contralateral es todavía completa, Las pruebas en ese tiempo revelan impedimento sensorio contralateral y una hemianopsia homónima contralateral. Cuando la inyección es hecha en el -- lado del hemisferio dominante para el lenguaje, son vistos -- cambios motores y sensoriales similares, pero, en adición, -- hay signos de disfasia que exceden a la hemiparesia por unos pocos minutos. En este caso, el paciente aparecerá algunas -- veces mudo por los primeros pocos minutos después de la in-- yección, pero todavía obedecerá órdenes que impliquen el bra-- zo y pierna ipsilateral, mostrando de tal modo que está en -- contacto con su medio ambiente. Tan pronto como el halla re-- torna, puede cometer errores en nombrar objetos, con perseve-- ración, sustitución y jerga ocasional, pero será normalmente capaz de demostrar cómo pueden ser usados los objetos que se le muestran; estará apto para contar hacia atrás, decir los días de la semana hacia atrás, y cometerá o no errores en -- la simple lectura. Después de cerca de 10 minutos, el len-- guaje retornará a lo normal.

Para sumarizar el grupo de datos de nuestro estudio - nos parece adecuado describir unos pocos casos individuales de particular interés. El primer caso ilustra el hallazgo de que la representación para el lenguaje puede permanecer lateralizada al hemisferio izquierdo a pesar de temprano y extenso daño al mismo.

CASO F.E. Persistencia de la representación del lenguaje en el lado izquierdo a pesar de daño de los lóbulos frontal y temporal izquierdos a la edad de 5 años.

Este hombre de 23 años de edad fue primero admitido - en el Instituto Neurológico de Montreal en Abril de 1962, para la investigación de fugas (seizures). Su nacimiento y -- primer desarrollo habían transcurrido sin eventualidades, pero a la edad de 5 años y medio contrajo una enfermedad febril, caracterizada por convulsiones y períodos prolongados de inconciencia, que fue diagnosticada como una encefalitis. Esto al principio lo dejó incapaz de hablar, pero recobró -- gradualmente el habla. Durante este período recibió intensiva terapia del lenguaje y se le evitó usar su mano derecha (su brazo derecho fué colocado en un cabestrillo) y fué entrenado para usar su mano izquierda para toda clase de prácticas manuales en ese primer tiempo. Como consecuencia, se -- vino a considerar él mismo como un ambidiestro. A la edad -- de 16 años comenzó a tener fugas, que fueron incrementando gradualmente en frecuencia. Dichas fugas eran de dos clases, algunas consistían en una sensación en la garganta, seguida de inhabilidad para hablar; otras, de breves episodios de-

conducta automática, a veces seguidas de errores en el lenguaje.

Estudios radiológicos indicaban marcada atrofia del hemisferio cerebral izquierdo, que databa desde temprana edad, y un electroencefalograma reveló una extensa área de actividad epileptiforme máxima sobre el lóbulo frontal izquierdo pero interesando también las regiones central y temporal izquierdas. El paciente tuvo un I.Q. de 94, pero fue lento y balbuciente en el habla y ocasionalmente tuvo mucha dificultad en hallar las palabras. Se le aplicó la prueba de Amytal intracarotídeo y mostró que la representación del lenguaje estaba todavía en el hemisferio izquierdo. Así, la inyección en el lado izquierdo lo dejó mudo por 2 minutos, después de lo cual mostró disturbios en nombrar objetos y en cálculo, con marcada perseverancia. El fué capaz de demostrar el uso de objetos que no podía nombrar, La inyección en el lado derecho no produjo errores en contar o nombrar, después de un período inicial de 30 segundos de falta de respuesta, aunque hubo una profunda hemiplejia izquierda y hemianopsia izquierda que duró cerca de tres minutos.

En Abril de 1962 le fué practicada una craneotomía, con el objeto de reducir la frecuencia de las fugas. El cirujano encontró que los 3 o 4 centímetros anteriores del lóbulo temporal estaban completamente reemplazados por una cicatriz mesoglia, y que no se reconocía el núcleo amigdaloides ni el hipocampo. El giro temporal inferior en su parte posterior estaba también extensamente destruidos. Se le practicó una extensa remoción frontotemporal que no fue seguida de disfa-

sia, el I.Q. no sufrió cambio, y hubo una inesperada mejoría en la memoria para el material verbal y no verbal.

Este caso es de interés en el aspecto de que sugiere - que las funciones verbales permanecieron adecuadamente mantenidas por las partes remanentes del dañado hemisferio izquierdo los hallazgos son compatibles con los casos estudiados por Roberts en 1958 e implican que es necesario tener precaución al asumir que la recuperación del lenguaje en casos de afasia post-traumática depende de que el hemisferio opuesto tome las funciones del área dañada. Parece más probable que -- las áreas adyacentes en el mismo lado jueguen el mayor papel.

CASO D.R. Representación del lenguaje en el hemisferio derecho en un hombre diestro con atrofia de los lóbulos temporal y occipital derechos.

Este hombre de 39 años de edad había tenido dificultad en su nacimiento y numerosos ataques convulsivos durante las dos primeras semanas de vida. Desde entonces había estado libre de ataques hasta la edad de 19 años, cuando comenzó a tener ataques nocturnos generalizados que no respondían a la medicación anticonvulsivante. En el examen neurológico se -- encontró que tenía una completa hemianopsia homónima izquierda con desviación del ojo izquierdo hacia la izquierda y disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo. Su madre declaraba que así había sido siempre.

Estudios radiológicos revelaron un difuso ensanchamiento del ventrículo lateral izquierdo, pero mucho más patente en las partes 5 y 6 a la derecha, indicando considerable --- atrofia de los lóbulos occipital, temporal y parietal derechos. Ya que los hallazgos electrográficos habían señalado -



también un foco epileptogénico bien lateralizado en el lóbulo occipital derecho, le fué practicada una lobectomía occipital derecha. El cirujano encontró una gran área de atrofia en la región occipital con varias áreas donde la corteza era tan delgada que se veía translúcida. Cuando fué escindido el lóbulo occipital, apareció una gran cavidad abierta directamente en el cuerno temporal y parecía como si la parte inferior del lóbulo temporal hubiera sido quitada; el hipocampo y la amígdala eran directamente visibles.

En este paciente se removió una extensa área que incluía no sólo el lóbulo occipital sino también parte del remanente inferior de la corteza temporal y la amígdala.

Este paciente había sido siempre diestro y venía, tan lejos como fué posible investigar, de una familia de diestros. Sin embargo, dos días después de la operación desarrollo una inenquívoca disfasia con gradual desaparecimiento en las siguientes tres semanas. Esto incluyó un disturbio de la comprensión verbal tanto como de la escritura y lenguaje, pero no fué acompañado por ninguna dispraxia ni ningún desorden de reconocimiento visual. Sus dificultades verbales en ese tiempo fueron indistinguibles de las que normalmente se ven en los períodos tempranos del post-operatorio después de una lobectomía temporal izquierda en el hemisferio dominante, y su único impedimento residual es el de memoria verbal.

La prueba de amytal intracarotídeo no le había sido practicada reoperatoriamente, ya que se había dado por su-

puesto que el hemisferio izquierdo era dominante para el lenguaje, aunque el algo bajo score pre-operatorio de memoria verbal era ciertamente sugestivo de disfunción del lóbulo temporal dominante. El estudio post-operatorio de amytal intracarotídeo fué, sin embargo, hecho después de que el paciente se recobró de su afasia. La inyección en el lado derecho produjo una disfasia transitoria semejante a la que había sido vista en el período post-operatorio temprano; mientras que después de la inyección en el lado izquierdo sólo se vio disartria. Tales resultados confirman los hallazgos post-operatorios e indican que en una persona diestra con daño cerebral derecho de larga duración es compatible que el hemisferio derecho sea el dominante para el lenguaje.

Los resultados de 123 pacientes estudiados consecutivamente por la técnica de Wada de amytal intracarotídeo confirman la hipótesis de la literatura clínica de que organización cerebral del lenguaje es menos predecible en las personas zurdas y ambidiestras que en las diestras. En aquellos zurdos sin evidencia de daño temprano en el hemisferio izquierdo, el lenguaje fue encontrado representando más amenudo a la izquierda que a la derecha, pero la proporción de dominancia del hemisferio izquierdo fue todavía significativamente más baja que en los diestros cuando el manejo de la mano izquierda fué secundario a temprano daño del hemisferio izquierdo la representación del lenguaje en el lado derecho fué más comun, pero en cerca de una quinta parte de los casos el hemisferio izquierdo probó todavía ser dominante.

En 10 casos de la serie total de pacientes fué encontrada - alguna evidencia de representación bilateral del lenguaje, - y en ninguno de tales casos el paciente era diestro. Esto - da algún soporte a la noción de aquellos individuos con ten dencias zurdas pueden mostrar menos clara especialización- hemisférica unilateral para el lenguaje, que los fuertemen- te diestros.

INTELIGENCIA EN AFASIA. O. L. Zangwill.

Mi propio interés en el problema de la inteligencia - en la afasia data de los primeros días de la última guerra. Mi ocupación fué aplicar cuantos métodos puse a interpretar la evaluación de déficits psicológicos más objetivos y fijos y, de este modo, asentar el escenario para la rehabilitación. En ese tiempo, mis conocimientos de test psicológicos fueron decididamente limitados y no dudo de que a menudo abusé de - ellos adaptándolos a propósitos remotos de aquellos para los cuales habían sido designados. Pero un test que sí conocía - fué el test de percepciones de Penrose-Raven, el cual ha si- do conocido como el test de las matrices progresivas (Raven 1938). Este test tiene la ventaja de ser diagramático en for- ma, de tipo de múltiple elección, y aún en ese tiempo estaba plenamente estandarizado. Además, los resultados que da pue- den perfectamente correlacionarse con otras medidas de "in- teligencia general".

En consideración al desenvolvimiento pacientes afási- cos en el test de matrices, yo no adoptaré el método conven- cional de presentar datos comparativos de grandes grupos de

pacientes afásicos y no afásicos, y tasar la significancia estadística de alguna de tales diferencias como pueden existir entre ellos. Me propongo usar lo que Kraepeling llamó -- EL METODO DE LOS CASOS EXTREMOS, y simplemente observar los hallazgos obtenidos de grupos muy pequeños de pacientes severamente afectados, en los cuales la forma del desorden se -- asemeja íntimamente a una u otra de las clásicas variedades de afasia.

Primero me gustaría bosquejar los resultados de 4 casos de afasia motora en los cuales el desorden fue tan severo, como para volver al paciente mudo, o virtualmente mudo. En vista del hecho de que la escritura fué severamente impedida en todos esos pacientes, yo no pienso que su pérdida -- del lenguaje puede ser atribuida únicamente a anartria. La comprensión estuvo afectada en dos de los pacientes, aunque en los dos restantes fue muy poco, si acaso, impedida. Todos los cuatro pacientes fueron víctimas de accidentes cerebrovasculares.

El primer paciente fué un ferrocarrilero que se ocupaba en dar las señales de las vías, de 30 años de edad, a --- quien fué capaz de estudiar por casi un año, durante el cual soportó intensiva terapia de lenguaje, aunque desgraciadamente con muy limitados resultados. Cuando fue sujeto al test de matrices por primera vez, no mucho tiempo después de su admisión, él obtuvo un score de 25 (de un posible de 60) que lo colocó en un lugar correspondiente al 10%, muy por debajo

del promedio correspondiente a los hombres de su edad. Cuando se le volvió a pasar el test, 10 meses más tarde habiendo recobrado un poco, pero muy poco, lenguaje, su score -- fué de 36, colocándolo por encima del 25% y de tal modo -- en el límite inferior de lo normal. Esta es una muy honrosa ejecución para un hombre virtualmente sin lenguaje articulado. Puedo añadir que ejecutó perfectamente el test de figuras de Godstein y su juicio general apareció excelente. Su comprensión, también, fué muy poco, si acaso, afectada.

El segundo paciente, una telefonista, a quien tuve oportunidad de estudiar gracias a la amabilidad del Dr. -- Critchley. Ella desarrolló una afasia total (aparte de la única expresión recurrente de "NO") después de una ligadura de la arteria carótidea común debida a aneurisma. Su -- comprensión fue buena aunque su escritura estuvo limitada -- a simples palabras. En el test de matrices, su score fué de 42, tomando 25 minutos en el test. Esto la colocó en -- el punto del 50% y de tal modo en el preciso centro del -- promedio normal para su grupo etario.

El tercer paciente fue una radiógrafa de 30 años de edad, quien desarrolló afasia total en el curso de una enfermedad catalogada como tromboflebitis cortical. Distinto a los pacientes anteriores, esta señora había sufrido pérdida considerable de la comprensión y su escritura, aunque fluente, rápidamente degeneró a jerga. Su score en -- las matrices fué de 33, lo que la colocaba justo por deba

jo del 25% y de tal modo, en un promedio definitivamente inferior. A la misma vez, mostró defectos de abstracción.

El cuarto paciente fué un médico consultante de 38 años, quien se había graduado con los primeros honores de su clase en una de nuestras más antiguas universidades. Un hombre de alguna distinción profesional, el paciente desarrolló afasia total con apreciable pérdida de la comprensión después de un accidente cerebrovascular. Había alguna habilidad emocional. En el test de matrices obtuvo un score de 47, colocándolo encima del 75% para su grupo etario, y de tal modo definitivamente por encima del promedio en capacidad intelectual, medida por este test. Sin duda, él podría haber alcanzado un grado mucho mejor antes de su enfermedad, probablemente por encima del 95%.

Los hallazgos en esos cuatro casos indican que pacientes con disturbios del lenguaje pueden alcanzar al menos un nivel promedio en el test de matrices, aún cuando el nivel es algo inferior a lo que uno esperaría encontrar si el paciente estuviera bien. Puedo añadir que si se repite el test a los pacientes en el curso de su recuperación severa afasia expresiva, éste muestra generalmente mejoría en la ejecución de las matrices, concomitantemente con la recuperación progresiva del lenguaje.

Cuál es la naturaleza del obstáculo en las matrices en los casos de afasia motora? Aunque el test es ostensiblemente no verbal, la mayoría de sujetos normales reportan actividad verbal implícita pensando si se quiere en algún grado, cuan-

do intentan resolver los problemas más difíciles. Ahora Sokolow, de Moscú, ha demostrado que hay una relación entre la - cantidad de actividad eléctrica registrada por la musculatura del lenguaje, y la relativa dificultad de los problemas - de las matrices. Mientras en el nivel de actividad muscular se observa poco o ningún cambio durante la ejecución de los problemas más simples, los intentos para resolver los más -- difíciles están asociados con un marcado y persistente incremento en la actividad eléctrica de la musculatura del lenguaje. Yo he visto algunos de estos registros y son ciertamen-- te convincentes. Aunque las relaciones entre procesos articulatorios subvocales y pensamiento son oscuras, los hallazgos indudablemente sugieren participación de los mecanismos expresivos del lenguaje en la solución de problemas no verbales por arriba de cierto nivel de dificultad, Sokolov no - ha obtenido, hasta donde yo sé, registros comparables en ca-- sos de afasia pero sus observaciones ciertamente sugieren - una razón por la cual los afásicos pueden fallar en tareas - ostensiblemente no verbales.

Yo tengo registros de ejecución de matrices en tres pacientes presentando un clásico cuadro de JERGA AFASICA. El -- primero fué un aviador que sufrió una injuria penetrante en la región temporo-parietal izquierda del cerebro, dando ori-- gen a severa jerga afásica (jargon aphasia), moderada dislexia y disgrafia, severa inhabilidad visuo-construccional. Su entendimiento del lenguaje, aunque alterado, no estaba groseramente afectado. En las matrices, su score fué solamente de 21, lo cual es inferior al 5% y debe ser considerado como -

un defecto de ejecución. Superficialmente, esto pudiera parecer en apoyo del punto de vista de Marie, de un defecto intelectual sobrepasando los límites de la esfera del lenguaje. Sin embargo, nosotros hemos tenidos recientemente oportunidad de estudiar unos impresionantes casos de jerga afásica en los cuales la ejecución de las matrices no tuvo -- ningún defecto. En el primero, un clérigo de 52 años, el -- score fué de 43, lo cual está por encima del 75% para su -- grupo etario. En el segundo, un farmacéutico de 61 años, -- el score fué de 42, que está por encima del 75% y debe ser considerado como una ejecución definitivamente por encima -- del promedio para un hombre de su edad. En ambos casos, el contraste entre la ejecución y su justificación en palabras fué dramático. Mientras que la elección del paciente, a menudo correcta, parecía ser el resultado de un cuidadoso -- proceso de razonamiento, su descripción de su propio razonamiento era tan parafásica que resultaba virtualmente incompresible. En un reporte de esos dos casos, Kinsbourne y Warrington (1963) correctamente apuntaron que "...la dificultad o desorden en explicarse claramente por medio del -- lenguaje, no necesariamente impide la solución de problemas lógicos, en todo caso cuando ellos están presentados -- en forma diagramática".

Yo creo que la razón de la buena ejecución en dichos dos pacientes es el hecho que ni uno ni otro exhibieron defecto significativo en la esfera visuo-construccional. En -- ninguno hubo gruesos defectos en los tests de dibujo, copia



construccional. Por otro lado, el aviador que se desenvolvió tan pobremente en las matrices también falló en tareas constructivales. El pudo manejar solamente en los primeros dos bloques del test de Kohs y falló en un test muy simple de formación de figuras. Ulteriores evidencias para la independencia comparativa de afasia y defectos en las matrices progresivas vienen del estudio de pacientes con lesiones en el hemisferio cerebral no dominante. En los dos casos de desorden visuo-construccional debidos a lesión occípito-parietal derecha que yo reporté con Patterson en 1944, ningún paciente tuvo la más mínima señal de afasia aunque sus promedios en las matrices progresivas fueron de 18 y 19 respectivamente, promedios en o por debajo del 5%. En realidad un estudio reciente por Percy y Smith (1962) indica que el término medio obtenido en las matrices por un grupo de pacientes con apraxia constructivale por lesión parietal derecha es en defecto, inferior que el de un grupo comparable con lesiones parietal izquierdas, varios de los cuales tenían apreciable afasia. Nosotros nos inclinamos, por lo tanto, a concluir que las operaciones intelectuales incluidas en el test de matrices, cualesquiera que ellas sean, no están seriamente afectadas en la jerga afásica pero están selectivamente impedidas por lesiones parietales de cualquier hemisferio.

Yo tengo también resultados de cinco pacientes con el clásico síndrome de afasia amnésica, caracterizados por gruesos defectos nominales e inhabilidad para repetir palabras.

y frases a comando (cuando se les ordena). Aquí de nuevo, - los resultados parecen depender de si la apraxia construc-- cional está o no presente. Dos de los pacientes, cuyo promedio en las matrices fué de 11 y 18 respectivamente, fueron - totalmente incapaces de dibujar o copiar los más simples disiño, y en realidad mostraron muchos otros signos de disfunción del lóbulo parietal. Los restantes tres pacientes cuyos promedios fueron 30, 35 y 11 respectivamente, demostra-- ron solamente ligeros signos de dishabilidad construccional, por ciertos no suficientes para asegurar la denominación de apraxia construccional.

De tal manera nos parece haber establecido que la capacidad para resolver un test de inteligencia diagramática, el cual aparentemente incluiría razonamiento formal de un - tipo que ordinariamente está mediado por lenguaje, está relativamente poco afectada en cualquiera de las clásicas variedades de afasia. Significa esto, por lo tanto, que no hay defecto intelectual intrínseco en la afasia. Estaba Dejerine en lo correcto y Marié equivocado?. Yo no estoy completamente seguro acerca de esto. Marie, después de todo, hizo - énfasis en un defecto verbal, y lo mismo, antes que él, Hughlins Jackson. No podemos por lo tanto, intentar colocar la hipótasis de Marie en el test?. Es posible averiguar si, -- aparte del defecto receptivo en el sentido (narrower), hay - defectos de entendimiento en la afasia que pueden propiamente ser llamados intelectuales.

Yo he intentado arrojar luz en esta cuestión mediante el estudio de todavía otro grupo de casos extremos, especial-

mente pacientes en los cuales el desorden del lenguaje es tan mínimo que escasamente se nota en el examen clínico de rutina. Los métodos, que son puramente exploratorios, consisten en pedir al paciente que defina algunas palabras de las menos usuales, que de similitudes y diferencia entre objetos dados o ideas, y que explique proverbios, idiomas o figuras del lenguaje. Hasta ahora, no tengo resultados firmes, pero algunas de nuestras observaciones son sugestivas. No infrecuentemente, tareas de esta clase dan al paciente mucho mayor dificultad de la que podría esperarse por la relativa integridad de su lenguaje oral. Parece en algún grado posible que ciertas habilidades pueden estar deprimidas en condiciones que, cuando son extremas, se presentan clínicamente como afasia.

Las dificultades que tales experimentaciones son de dos tipos, aunque la distinción entre ellas es a menudo muy difícil de precisar. Yo las he llamado DEFECTOS DE ENTENDIMIENTO Y DEFECTOS DE INTERPRETACION (o explicación). Cuando hay defecto de entendimiento, el paciente se encuentra incapaz de explicar lo que se le ha pedido, porque, en algún sentido, él no parece entender su significado. Por ejemplo, un paciente con lesión temporal izquierda a quien se le pide que explique el significado del grito de batalla "Seguridad Primero": dice: "estoy enteramente familiarizado con las palabras "Seguridad Primero": las he visto bastante a menudo, pero no puedo expresar en palabras lo que significan, a lo que representan. "Cuando se le pregunta si fue el significado lo que él había perdido, o la habilidad para expresarlo en palabras,

él dijo: "Supongo que perdí el significado, para ser honesto"

Cuando hay defecto de interpretación o explicación, el paciente declara entender completamente lo que se le dijo, pero nada menos no puede encontrar palabras con las cuales expresarlo. Yo no hablo aquí de pacientes con obvios defectos expresivos: a decir verdad muchos de nuestros pacientes no mostraron trazas de disfasia en la conversación ordinaria. Superficialmente al menos, el paciente parece tener dificultad en traducir el significado de lo que oye, de un grupo de palabras a otro. A menudo él repetirá un proverbio o figura retórica una y otra vez, obviamente entendiéndolo, pero completamente incapaz de encontrar otras palabras en las cuales expresarlo. Por ejemplo, a un paciente con disfasia nominal se le pidió que explicara: "vale más pajarero en mano que cien volando", él dijo: "No puedo explicarlo, pero yo sé lo que es. sí usted tiene aldo.....Bueno, es mejor para....que algo.... usted". A la misma vez, él insistió y comprendía el significado perfectamente. A veces, los dos tipos de defectos están combinados. Como un paciente dijo: "Algunas de esas cosas yo no puedo entenderlas, y otras no puedo explicarlas".

Yo no sé todavía si será posible correlacionar esos dos tipos de defectos con la disfasia sensorial y motora tal como son clásicamente concebidas. Aunque he observado defectos de entendimiento solamente en casos con compromiso del lóbulo temporal, muchos de estos pacientes también mostraban defectos de interpretación.

Realmente las implicaciones del lenguaje expresivo debidas a disfunción del lóbulo temporal necesitan clasificación.

Lo que puede decirse, sin embargo es que los defectos del entendimiento son a veces de un carácter pasmosamente específico. Por ejemplo, un paciente con severa sordera, incapaz de llevar a cabo aún las más simples instrucciones a comando -- oral, fué perfectamente capaz de explicar proverbios oralmente después de que los había leído. En "vale más pajarero en mano que cien volando", él dijo: "algo de lo que usted está seguro es mejor que estar mirando algo que no puede materializarse en modo alguno". De nuevo, al pedírsele que explicara la diferencia entre "conocimiento" y "sabiduría", él dijo: - "bien, ustedes podrán tener un gran acúmulo de conocimientos pero eso no quiere decir que sean sabios cuando los expresan". En este paciente, el defecto de entendimiento estuvo evidentemente limitado a la modalidad auditiva y no estuvo asociado con ninguna pérdida general en la capacidad intelectual.

Es demasiado temprano para decir a dónde conducirán tales experimentos guías. Sin embargo, yo pienso que está ya -- claro que algunos pacientes disfásicos muestran una medida -- de insuficiencia intelectual intimamente relacionada a su entendimiento defectivo o uso del lenguaje. Este defecto, me --- apresuro a añadir, no tiene nada que ver con el impedimento categórico en el sentido de Goldstein. Realmente las ilustraciones que yo he dado son completamente diferentes de las concretas, literales, perseverativas y discursivas respuestas tan a menudo dadas por pacientes confusos o deteriorados. Uno se hace más la impresión de un desorden intrínseco del lenguaje, incluyendo sus aspectos intelectuales no lo dudo, pero no necesariamente implicando una pérdida capacidad sino que una --

pérdida de la destreza receptiva o ejecutiva. Superficialmente al menos, tales pacientes a menudo sugieren los esfuerzos de una persona sana intentando expresarse en un lenguaje con el cual no está completamente familiarizado. Cuántos de nosotros, después de todo, podemos explicar fluentemente en un -- lenguaje extranjero un idioma que podemos, en apropiadas circunstancias, usar correctamente?. En los estados tempranos de la disfasia, hay a menudo dificultad en encontrar una alternativa forma de palabras en las cuales expresar una idea dada. En consecuencia, el lenguaje se vuelve menos rico, menos flexible y más rigurosamente atado a las circunstancias. Yo sugiero que lo que nosotros necesitamos ahora son métodos más adecuados, que pueden muy bien ser estadístico, para el -- análisis a un alto nivel, de restricción lingüística de este tipo.

Cuando esto haya sido logrado, quizás podremos estar en una posición de hablar mejor acerca de inteligencia.

S U M A R I O

- 1) La ejecución en el test de las matrices progresivas no está gruesamente impedida en la afasia motora, en la jerga apráxica, o en la afasia amnésica, excepto en los casos en los cuales el desorden del lenguaje está asociado con apraxia construccional.
- 2) En casos con apraxia construccional, impedimentos equivalentes están asociados con lesiones en cada hemisferio, independientemente de la incidencia de afasia.
- 3) No hay buena evidencia de que la abstracción en el sentido de Goldstein esté diferencialmente afectada en la afasia.
- 4) Es sugestivo que los defectos en el entendimiento y explicación de idiomas, proverbios y figuras de lenguaje puedan aparecer en pacientes con mínimos grados de desórdenes de lenguaje. El nivel al cual tales defectos son específicos a las actividades lingüísticas es discutido.

## REHABILITACION DEL AFASICO

Como ya dijimos al principio de este trabajo, la TERAPIA DE LA AFASIA o TERAPIA DEL LENGUAJE es la única manera directa de ayudar a los pacientes que sufren de afasia.

No hay uniformidad o estandarización de los materiales o procedimientos a seguir en el re-entrenamiento del afásico. Muchos intentos para el re-entrenamiento del lenguaje están basados primeramente en una aproximación fonética y mecánica. Otros intentan hacer que el paciente reaprenda los patrones del lenguaje utilizando conceptualizaciones sucesivamente más complejas. Un buen aspecto del problema es que no hay tests universalmente aceptados y estandarizados, con los cuales el grado de déficit funcional y la extensión o nivel de progreso subsecuente puedan ser adecuadamente graduados y clasificados.

De manera que cada terapeuta tiene que delinear los procedimientos a seguir en el paciente; esto varía de un individuo a otros. En general lo que se persigue es que el paciente alcance su máximo nivel de lenguaje funcional de que es capaz.

La terapia se da en sesiones de preferencia individuales en habitaciones privadas donde haya quietud y un mínimo de distracción para el paciente. No debe prolongarse una sesión por más de media hora, la cual deberá escogerse entre las horas de la mañana, cuando el paciente está descansado.

Un método sumamente sencillo y que puede ser aplicado -- aún por terapeutas sin experiencia es el basado en las 100 palabras básicas, que se describirá más adelante.

El tratamiento se considera terminado cuando se estima -



que el paciente ha alcanzado un máximo nivel de lenguaje funcional.

Usualmente esto es el resultado de la opinión combinada del médico y el patólogo del lenguaje. Otras causas para la terminación de la terapia incluyen desinterés del paciente para continuar el aprendizaje, o la desafortunada inhabilidad del paciente para seguir la terapia del lenguaje.

Manual de Rehabilitación de las 100 palabras básicas.

Este método eliminará la necesidad de los terapeutas de hacer los elementales vocabularios de figura-palabra. Naturalmente, los terapeutas pueden adaptar los materiales a las necesidades individuales de cada paciente.

Una lista de 100 nombres es la base de este material, fueron escogidos nombres que los terapeutas creen que la mayoría de los pacientes afásicos deberán comenzar por aprender. Para esto se basaron en: a) Un estudio cuidadoso de los nombres dados en cinco listas de palabras conocidas. b) Una evaluación subjetiva de palabras no incluidas en las listas pero que se cree son de mucha importancia para el vocabulario corriente de los pacientes adultos, por ejemplo: baño. c) La demostración de una palabra y facilidad y claridad con que los nombres pueden ser representados por figuras.

El papel de la familia y los amigos.

La Familia de un paciente afásico puede ayudarlo muy bien a que se recupere creándole un ambiente adecuado en su casa; los sentimientos de la familia serán naturalmente reflejados en el paciente. Deberá permitirsele todo esfuerzo de comunicación de cualquier manera posible en un lugar donde sus

errores no serán ridiculizados o severamente criticados. Una actitud negativa de parte de la familia va completamente en contra del éxito de la rehabilitación del lenguaje. El esfuerzo de un paciente por mejorar deberá ser siempre alabado; las cosas más pequeñas deberán ser consideradas como grandes progresos. Al mismo tiempo, la vida familiar normal de un paciente debe de seguir, exceptuando por supuesto si se cansa o se molesta. Es esencial que la familia de un afásico comprenda lo que es la afasia y sus limitaciones: deberán ser realistas en el progreso que esperan. Las demandas a un paciente que no está preparado a llenarlas servirán nada más para que pierda la fe en sí mismo. Eso no lo ayudará a salir adelante. La familia -- deberá guardar sus ansias por el paciente y limitarse a lo que él pueda hacer en un corto tiempo.

Cuando un paciente no puede lograr sus anhelos en un período corto, le da una sensación de fracaso. En resumen, debe -- siempre recordarse que la comprensión y aceptación de la familia puede ayudar grandemente al progreso, aunque sea el caso de una condición afásica severa.

#### Conociendo al paciente.

Apesar de que cada paciente afásico debe considerarse individualmente, hay muchos síntomas que con frecuencia ocurren -- en muchos de ellos; por eso para vivir en armonía con el pa -- ciente y ayudarlo a recuperarse, la familia y los amigos deben estar preparados a conocer y aceptar esos síntomas.

Quizás lo primero en importancia será el hecho de que el paciente es sencillamente la misma persona que antes de haber sufrido la pérdida del habla; el no poder comunicarse es el --

ñal de incompetencia o infantilismo. A pesar de la severidad de la pérdida del lenguaje, la persona con afasia deberá ser tratada por su familia y amigos como un individuo maduro e inteligente.

Muchos cambios de tipos de personalidad pueden ocurrir en un paciente que padece de afasia. Estos cambios lo hacen aparecer muy diferente a sus familiares y amigos, por ejemplo, pacientes afásicos usualmente se fatigan más fácilmente que antes de haber aparecido la afasia, frecuentemente tienen una atención más corta, menos interés en la gente y entretenciones, mayor irritabilidad, dificultad de recordarse de los hechos recientes, gran tendencia a reír y llorar, y gran habilidad para enojarse por cosas pequeñas. Algunas veces no se interesan por su arreglo u orden personal, siendo en otros casos completamente lo contrario.

En todos los pacientes afásicos sus habilidades oscilan de día a día y de momento a momento; el paciente no tiene un control directo sobre esta condición, todos los que trabajan para ayudarlo deben tener mucha paciencia. Habrá tiempos cuando la condición afásica de un paciente parezca peor que otras; fatiga, depresión o tensión emocional pueden ser causas de que un paciente parezca severamente afásico. Esta no es una condición permanente y la familia no deberá alarmarse o causar mayor preocupación al paciente sobre su condición.

El paciente afásico frecuentemente parece confundirse cuando la conversación cambia rápidamente de persona a per-

sona. Es esencial que la familia y los amigos comprendan este hecho en sus contactos diarios con él. Muchas veces los familiares y amigos de personas afásicas tienen tendencia a hablarles en voz muy alta, creyendo que le ayudarán a entender mejor. Realmente se ayudará más al paciente si esas personas alrededor de él le hablan despacio usando explicaciones simples y cortas.

Un paciente afásico, en condiciones dadas, dice cosas automáticamente. Amigos y familia frecuentemente son confundidos por este fenómeno, creyendo que si el paciente puede usar el lenguaje automático en un momento dado, podrá también controlar su lenguaje. Esto no es así, y la familia debería saber que el paciente tiene poco o ningún control sobre esta forma de comunicación.

#### Momento de comenzar con la terapia del lenguaje.

Se deberá comenzar tan pronto como la etapa aguda de la enfermedad del paciente lo hace posible. La experiencia ha enseñado que un paciente obtiene durante el tiempo de "Recuperación Espontánea" (Período de seis meses a un año después de adquirida la afasia) puede ser mayor con la terapia del lenguaje. También comenzando temprano con la terapia se pueden evitar los hábitos de mala comunicación. La terapia del lenguaje no solamente ayudará al paciente a comunicarse con más facilidad, sino que el efecto psicológico de saber que alguien está interesado en su condición y comprende la naturaleza de su dificultad, ayudará sobremedida a levantarle la moral.

A pesar de lo dicho, la terapia deberá comenzar en pa-

rieron la afasia, pudiendo obtenerse en muchos casos, progresos considerables.

La terapia de la afasia no se deberá comenzar si el paciente no está preparado para cooperar en las sesiones de terapia; se aprende muy poco cuando ha sido forzado. El paciente requiere estar emocionalmente preparado, que se le ayude frecuentemente, pero nunca por la fuerza. Forzarlo a aceptar el tratamiento sin voluntad puede para siempre cerrar las puertas de la Rehabilitación del lenguaje.

#### Datos importantes para terapeutas sin experiencia.

Estado de ánimo. Cuando el paciente esté cansado, aburrido o irritado no se debe de tratar de trabajar con él; deje la sesión para cuando esté descansado y contento. Los sentimientos del paciente tendrán mucho que ver con el éxito de la terapia. Cada sesión deberá ser para él una experiencia agradable y terminar con una experiencia exitosa, aunque sea repitiendo lo que él ya sabe.

Estado de ánimo de la terapeuta.- Este debe ser comprensivo, calmado y paciente. Si por algún motivo su estado de ánimo no está en condición normal; si se siente cansado, irritable o ansioso, lo mejor es no comenzar la sesión y dejarla para más tarde.

Hora para las sesiones.- En la mayoría de los casos deberá establecerse una hora exacta; tener un horario ayuda a que el paciente se sienta más seguro. Por supuesto, hay excepciones y se deberá tratar de hacer los mejores arreglos para el paciente. Por lo general, a media mañana es una buena hora, pero se deberá usar el criterio propio para determinar

Lugar para las sesiones de terapia.- Debe buscarse siempre el mismo lugar, donde el paciente no sea molestado y no haya ruido; tener sillas cómodas y suficiente espacio para el paciente y el terapeuta. El lugar deberá estar lejos de cualquier área frecuentemente por los familiares, aunque lo ocupen solamente para sentarse a leer. La presencia de otra persona distraería al paciente, aunque el espectador esté llamado; es el mero hecho de que esté allí y que haga sentirse al paciente tenso y consciente de alguna crítica.

Tiempo que deben durar las sesiones.- Estas deberán ser cortas; es la frecuencia y no el tiempo de duración de cada sesión lo que cuenta. No se deberá trabajar con el paciente -- más de media hora cada vez; la mayoría de ellos se fatigan si se les da más de ese tiempo.

Grupo de palabras.- Las palabras de las listas básicas deberán ser agrupadas en unidades de enseñanza. Por ejemplo, si se va a trabajar con cuatro palabras en una sesión, se deben escoger cuatro palabras que se pueden poner juntas, por ejemplo: ojos, nariz, orejas, boca.

Repetición.- El método de repetición es importante para enseñar a leer, escribir y hablar a un paciente, pero aún así la repetición no puede ser llevada hasta los extremos. Si el paciente está cansado de trabajar con un grupo de palabras, debe cambiarse inmediatamente a otro grupo de palabras o actividades.

Escritura.- Al estar enseñándole a escribir, no hay que tratar de enseñarle las letras del alfabeto, ni exigirle buena letra. Únicamente se trata de ayudarle a que se exprese escribiendo.

Al principio, la ortografía, así como la pronunciación no son muy importantes; se debe tener más interés por la habilidad del paciente para decir o escribir una palabra que se pueda entender. La perfección se enseña solamente después de que el paciente ha adquirido más facilidad y un vocabulario más extenso.

Siempre que sea posible hay que asociar las palabras con objetos reales; por ejemplo, al enseñar la palabra naranja, enseñarle al paciente una naranja de verdad y después un dibujo de una naranja.

Llanto. Muchos pacientes lloran con facilidad y frecuentemente. Si, esto es sin ninguna razón aparente, lo mejor es ignorarlo; pero si el paciente llora porque se encara con algo difícil para él de hacer, lo mejor es dejar ese trabajo y hacer algo que no le cueste al paciente.

El paciente que repite.- Es común que el paciente afásico repita muchas veces, palabras, frases, o una oración sin necesidad. Cambiando el tópico o la actividad se hará que deje de repetir.

Ordenes durante la terapia.

Toda orden deberá ser corta y sencilla. A veces repitiendo las órdenes se ayuda al paciente a comprender mejor.- Por ejemplo, al enseñar al paciente un grupo de figuras se le dice: enseñeme el niño; si él no entiende, entonces deberá tratarse con: Dónde está el niño?

Tiempo necesario para la terapia del lenguaje.

Desafortunadamente es imposible predecir a un paciente el tiempo que durará su tratamiento. Depende únicamente del

grado de la lesión cerebral, la potencia motriz, su habilidad para aprender y la severidad de la afasia. El tratamiento es un proceso largo y lento. Algunos afásicos presentan mejoría en pocos meses, otros van firmemente pero despacio en varios años. Eventualmente se presentan casos en que la afasia ha desaparecido de repente; pero en casi todos los casos el lenguaje es recobrado gradualmente.

#### DIRECCIONES PARA LAS 10 ETAPAS DE LA AFASIA.

El Manual de Rehabilitación de Afásicos y los útiles para la terapia consisten en tres clases diferentes de objetos: 1) Manual de instrucción, 2) Tarjetas de figuras, 3) Tarjetas de palabras.

Las técnicas más comunes y efectivas usadas en la rehabilitación del afásico han sido simplificadas y reducidas a 10 etapas.

Algunos pacientes comenzarán trabajando durante meses con la primera etapa, estudiando solamente unas pocas palabras al mismo tiempo. Otros podrán trabajar intensamente con la cuarta y quinta etapas. Sin embargo lo mejor es comenzar por la primera etapa; si está claro que el paciente puede desarrollar esa actividad con pocos errores, se procede a seguir con la segunda parte.

Si es evidente que el paciente no está lo suficientemente preparado para comenzar con la primera parte, el terapeuta deberá enseñarle primero a imitar, como por ejemplo, ponerlo a imitar los movimientos del terapeuta, señalar con el dedo, abrir y cerrar la boca, y otros movimientos sencillos.



Cuando ya es posible empezar, la terapia debe seguir este orden:

ETAPA I.-

Objetivo: El objetivo de esta etapa es hacer que el paciente pueda aparejar por lo menos 75 de las 100 palabras -- de la lista básica, con las figuras. Seleccionemos dos palabras y dos dibujos, los cuales se puedan aparejar. Enseñe -- las palabras y las figuras al paciente. Ponga las palabras -- debajo de la figura correspondiente. Por ejemplo, señale la -- figura de un zapato, diciendo "esto es un zapato"; permita que el paciente mire la figura y la palabra por un momento y después quítelas de la mesa.

Coloque las figuras sobre la mesa y dé dos palabras al paciente; dígame que ponga las palabras debajo de las figuras que se puedan aparejar. Si el paciente tiene dificultad en comprender lo que usted le ordena, enseñale a aparejar -- las palabras con las figuras y entonces pídale que lo haga -- él.

Cuando el paciente pueda aparejar las dos palabras con las dos figuras, seleccione otras dos palabras y figuras. Repita esta actividad escrita anteriormente usando las cuatro palabras y las cuatro figuras.

ETAPA II.-

Objetivo: El objetivo en esta etapa consiste en que el paciente pueda escoger la figura correcta cuando se le diga la palabra de la figura. Ponga dos figuras sobre la mesa, -- ejemplo, zapato, diciéndole: dónde está el zapato? Ponga más figuras para que él pueda escoger la apropiada de un grupo --

de más de dos.

Ahora de la misma manera dígame que escoja la figura - del sombrero. Cuando es evidente que el paciente puede seleccionar la figura apropiada la mayoría de las veces, siga con la siguiente etapa.

### ETAPA III.-

Objetivo: Consiste en que el paciente copie por lo menos 75 palabras dadas en las 100 de la lista básica.

Escoja dos figuras y las palabras que se puedan aparejar con ellas; coloque las figuras y las palabras correspondientes sobre la mesa, y diga mientras señala la figura de un zapato: "este es un zapato", repita la frase; dígame ahora al paciente: "escriba la palabra zapato"; repita la frase señalando la palabra zapato mientras dá las direcciones.

Si el paciente escribe la palabra con letras de imprenta como está en la tarjeta, no lo desanime: muchos pacientes encuentran más fácil escribir en letra de carta que de imprenta. Si es muy difícil para el paciente copiar la palabra, la terapeuta deberá copiarla con letras grandes (1 pulgada de alto), en letra de carta o de imprenta de acuerdo a la preferencia del paciente.

Haga que el paciente siga las líneas de la palabra con su dedo. Ahora el paciente deberá hacerlo con un lápiz sobre las letras; puede ser necesario que se le lleve la mano sobre las letras.

Otra vez pídale que copie él mismo la palabra. Si está claro que el paciente tiene dificultad al copiarla, hágalo que practique siguiendo las letras con el dedo y con el lápiz hasta que pueda copiar sin ayuda.

ETAPA IV.-

Objetivo: El objetivo de esta etapa es que el paciente pueda por lo menos escribir 75 de las 100 palabras dadas en la lista básica sin copiarlas. Enseñele al paciente la figura y la palabra correspondientes; dígame que vea la palabra y la figura. Ahora dígame al paciente por ejemplo: -- "esto es un zapato"; señale la palabra y diga: "esto es un zapato.

Si el paciente tiene dificultad en seguir esta actividad será necesario regresar a la tercera etapa para adquirir más experiencia copiando. Esté seguro de usar pocas palabras a la vez.

ETAPA V.-

Objetivo: El objetivo de ésta es que el paciente pueda por lo menos escribir 75 de las 100 palabras dadas en la lista básica sin ver la figuras ni las palabras antes de escribirlas.

La terapeuta deberá explicar al paciente de una manera sencilla y muy despacio que escriba las palabras que ella dice.

Nuevamente si el paciente tiene dificultad con esta actividad, la terapeuta deberá regresar a la tercera y cuarta etapas, para revisarlas.

ETAPA VI.-

Objetivo: Es que el paciente pueda repetir palabras dichas por la terapeuta, después de ver las tarjetas de palabras. Enseñe al paciente una tarjeta y dígame la palabra de la tarjeta; haga que el paciente repita la palabra después -

que usted. En esta etapa no se preocupe de enseñar al paciente la pronunciación correcta de la palabra, límitase nada -- más a lo mejor que él pueda pronunciar. Haga esto con varias tarjetas hasta que más de las 75 palabras hayan sido repetidas por el paciente.

#### ETAPA VII.-

Objetivo: El objetivo de esta etapa es que el paciente pueda leer en voz alta por lo menos 75 de las 100 palabras básicas.

Enseñele la tarjeta y hágalo decir la palabra; aumente más tarjetas, hasta que el paciente las pueda leer todas. Si esta etapa es muy difícil para el paciente, regrese a la -- etapa y haga que el paciente practique repitiendo las palabras después que usted y que las lea.

#### ETAPA VIII.-

Objetivo: El objetivo es que el paciente pueda repetir la palabra que apareja la figura, después de que la terapeuta ha dicho la palabra.

Enseñele al paciente una figura y dígame: "esto es un zapato"; repita la palabra zapato; pídale que diga la palabra zapato mientras mira la figura. Hágase esto hasta que el paciente pueda repetir por lo menos 75 de las 100 palabras dadas, mientras mira la figura y la terapeuta dice la palabra.

#### ETAPA IX.-

Objetivo: Es que el paciente pueda decir la palabra -- apareja la figura cuando la figura se le enseña, sin que tenga ayuda de la tarjeta ni de la terapeuta.

Enseñele la figura al paciente y pregúntele lo que es. Si el paciente no puede decir las palabras mirando las figuras, será necesario que practique escribiendo, repitiendo y copiando las palabras. Haga esto con todas las figuras hasta - que el paciente pueda decir las palabras correspondientes a las figuras sin ayuda de la tarjeta ni de la terapeuta.

ETAPA X.-

Objetivo: El objetivo final de esta etapa es que el paciente pueda usar cualquiera de las 100 palabras de la lista básica, en su vida diaria, sin ayuda de las figuras de las - tarjetas de palabras, o de la terapeuta. Para lograr este objetivo probablemente será necesario practicar las 9 etapas - anteriores muchas veces.

100 PALABRAS BASICAS

Manzana	Vestido	Papas	Brazo
Radio	Cenicero	Huevo	Lluvia
Ojo	Refrigeradora	Quineo	Cara
Baño	Pies	Sandwich	Bañera
Camisa	Cama	Tenedor	Zapatos
Niña	Lavamanos	Cincho	Vasos
Libro	Palo	Calcetines	Niño
Cuchara	Botella	Sombrero	Estufa
Casa	Billetera	Azucar	Pan
Traje	Mesa	Bus	Llave
Cocina	Dientes	Bastón	Cuchillo
Carro	Lámpara	Televisión	Gato
Corbata	Silla	Sala	Tostada
Fósforos	Inodoro	Cigarros	Leche
Reloj	Dinero	Pasta de D.	Closet
Toalla	Abrigo	Periódico	Tren
Nariz	Arbol	Peine	Pijamas
Canapé	Pantalones	Reloj	Taza
Agua	Plato	Lápiz	Ventana
Almohada	Perro	Píldoras	Puerta
Oreja	Bebé	Sal	Dedos
Cuarto	Jabón	Mano	Caja
Jugo	Cake	Télefono	Pierna
Iglesia	Cepillo de D.	Boca	Café
Ropa Interior	Pluma	Doctor	Avión

PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

En El Salvador, se ha comenzado con programas de re-educación del lenguaje desde hace muy poco tiempo, siendo así que todavía no se han podido ver resultados significantes. Por otro lado, el procedimiento de rehabilitación del paciente afásico es muy lento, y su duración en algunos casos, de varios años. De manera que en este trabajo nos limitaremos a presentar un pequeño número de casos para considerar, más que todo, los procedimientos diagnósticos y los lineamientos a seguir en la terapia del lenguaje.

Algunos de estos pacientes fueron tomados de los servicios de Medicina del Hospital Rosales; otros del Asilo Sara; otros más del Centro del Aparato Locomotor; habiendo, también, pacientes privados que reciben terapia del Lenguaje.

Existen diversidad de test para el diagnóstico de la afasia, siendo uno de los más completos el elaborado por Eisonson.

Pero es un test demasiado extenso para los propósitos de este trabajo, por lo que en los casos estudiados se usó test, simplificado que se transcribe a continuación.

Caso I.- A.C., paciente masculino, de 45 años de edad, de oficio albañil. Sufrió un accidente cerebrovascular en el mes de junio de 1966. Presentó hemiplejía derecha, directa, con parálisis facial tipo central. Además, afasia.

En el test para afasia obtuvo una puntuación de 1 para todos los items. Únicamente conoció el uso de algunos objetos al dárselos (usó el lápiz para hacer trazos, las tijeras para-

cortar y el peine para peinarse.

Fué diagnosticado como presentado una afasia global.-

Este paciente no había recibido ninguna terapia de lenguaje; sin embargo se le notó mucha disposición para tratar de repetir frases que se le dicen, etc.

Caso II.- E.M. Paciente del sexo masculino, de 32 años de edad, cuya ocupación no se pudo averiguar. Había sido diestro hasta el momento de presentar su enfermedad: Accidente cerebrovascular 10 meses antes de ser sometido a este test.

En el test obtuvo máxima dificultad en nombrar objetos, elaborando en todo intento por hablar, una marcada jergafasia. En segundo término en cuanto a dificultad estuvo la repetición de palabras, aunque algunas sílabas eran inteligibles. En la lectura en voz alta se obtuvo únicamente la misma jergafasia, aún cuando perfectamente parecía entender lo que trataba de leer. Tuvo moderada dificultad en la escritura y copia; casi ninguna dificultad en la comprensión de órdenes escritas, y ninguna dificultad en comprender órdenes habladas.

Se diagnóstico como sufriendo una afasia predominante expresiva. Actualmente está recibiendo terapia intensiva del lenguaje, viéndose un progreso notable; escribe su nombre y dirección, repite palabras simples.

Caso III.- B.I. Paciente del sexo masculino, de 56 años de edad, persona que había alcanzado una educación profesional-universitaria. Sufrió accidente cerebrovascular 11 meses antes de someterse al test.

Quedó con hemiplejía derecha y parálisis facial derecha, además de su afasia.



En el test no pudo nombrar los objetivos al verlos; sin embargo repitió muy bien al decirle el nombre de cada uno. No pudo leer en voz alta, manifestando confusión al ver las palabras escritas, las cuales eran para él símbolos desconocidos; en cambio comprendió las órdenes que se le dieron oralmente.

Tuvo dificultad moderada en copiar figuras y escribir - su nombre, más que todo debido a que usó su mano izquierda (él era anteriormente diestro).

Se consideró como presentando una afasia de tipo mixto o afasia de Broca.

Caso III.- R.M. Paciente del sexo masculino, de 50 años de edad, que había sufrido accidente cerebrovascular 20 días antes.

Sometido al test no pudo nombrar los objetos al señalarlos; no pudo repetir el nombre, pero sí, seleccionar el objeto al pedírselo. Dificultad marcada para obedecer órdenes habladas, aunque parecía entender un poco. Conocía los objetos por su uso, es decir, se peinó con el peine, cortó con las tijeras, etc.

Fue diagnosticado como una afasia de tipo mixta.

Caso IV.- Paciente del sexo femenino, de 54 años de edad, de oficios domésticos, que había sufrido cerebrovascular un mes antes. En el test para afasia no pudo ejecutar ninguno de los items.

Se diagnosticó afasia global.

TEST PARA AFASIA

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Lado Dominante \_\_\_\_\_

Educación académica: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

I.- Coloque los objetos frente al paciente en cualquier orden con excepción del orden que se da abajo. Al investigar ca da acto, use el orden dado abajo y repita la misma secuencia una segunda y tercera vez para cada acto.

1. Pregunte al paciente el nombre del objeto cuando se lo señale. Si falla, corríjalo inmediatamente sólo después del primer intento.
2. Haga que el paciente repita el nombre del objeto después que usted lo haya mencionado (con los objetos tapados)
3. Haga que el paciente señale el objeto cuando usted men cione el nombre.
4. Enseñe al paciente, tarjetas que tengan los nombres escritos. Con los objetos tapados, pida al paciente que lea cada palabra en voz alta.
5. Haga que el paciente seleccione el objeto escrito en cada tarjeta sin leer la palabra en voz alta.

Ponga una marca en el espacio indicado cuando el paciente dude o dé una respuesta inapropiada, aunque la corrija enseguida.

Objetos	Nombra Objeto señalado	Repetir el nombre del objeto	Seleccionar objeto al pedirle	Lectura de nombre en voz alta.	Selecciona el objeto palabra escrita.
---------	------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

lave

ápiz

moneda

caja de Fósforos.

tijeras

cañete

I.- Palabra espontánea (subraye las palabras apropiadas)

1. Forma de la palabra: Normal - Dudosa - Escasa - Fluida -

2. Pronunciación: Omite sílabas - Agrega sílabas - Acento erróneo

Normal - Pobre educación - Extranjero.

3. Frases: (escriba una frase típica dada por el paciente).

III. Repetición de frases y dígitos: (debe ser exacto para ser "bueno")

En la costa el sol es caliente.	Bueno	_____	Malo	_____
641	Bueno	_____	Malo	_____
Vamos a la casa y estaremos contentos	Bueno	_____	Malo	_____
Pedro gozó sus vacaciones. Estuvo cazan <u>do</u>				
do cada día.	Bueno	_____	Malo	_____
31759	Bueno	_____	Malo	_____

IV. Ejecución de órdenes (se requiere que lo haga exacto)

1. Deme las tijeras y ponga un fósforo en su bolsa
2. Póngase la moneda en la bolsa de su camisa y luego deme el lápiz.

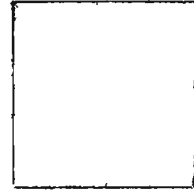
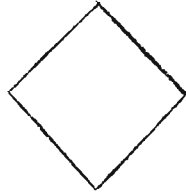
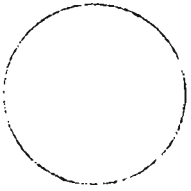
V. Lectura en voz alta.

Guatemala, 5 de Septiembre - El incendio de anoche quemó - varias casas cerca del centro de la ciudad. Tomó mucho --- tiempo el poderlo dominar. Las pérdidas se calculan en cinco mil quetzales y diez familias se quedaron sin hogar. -- Queriendo salvar a una niña que estaba durmiendo en su ca- ma, un sombrero se quemó las manos.

Anote el tiempo usado en la lectura: \_\_\_\_\_ No. de errores \_\_\_\_\_

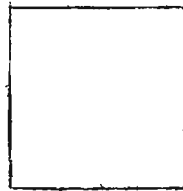
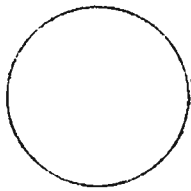
VI. Escritura. Haga que el paciente escriba su nombre y dirección. (Que use la mano izquierda si la derecha está paralizada).

VII. Copiar: Haga que el paciente copie las figuras que están abajo.



VIII. Lectura en silencio. Dígale al paciente: "Lea este párrafo y haga lo que dice.

Tome su lápiz y haga una cruz en el círculo; luego, haga dos líneas encima del cuadro; luego trace una línea del círculo al cuadrado.



IX. Dictado:

1. Pida al paciente que escriba por dictado el nombre de los objetos usados en No. 1
2. Pida al paciente que escriba por dictado las frases usadas en No. III

X. Observación General: (Subraye las palabras apropiadas)

1. Actitud del paciente durante el test: Seguro - Indiferente - Excusándose - Quejoso - Ansioso - Antagonista.
2. Los factores que influenciaron el test fueron: Parálisis - Ceguera - Sordera.

Coloque los items según el grado de dificultad, colocando 1 después del item que tuvo mayor dificultad; 2 después del item que le siguió en dificultad, etc.; 0 en los items que no tuvo ninguna dificultad. Si dos o más items fueron igualmente difíciles, use el mismo número para cada uno.

Lista de actos: Nombrar objetos \_\_\_\_\_  
Repitiendo \_\_\_\_\_  
Lectura voz alta \_\_\_\_\_  
Compresión hablada \_\_\_\_\_  
Compresión orden escrita \_\_\_\_\_  
Copiar \_\_\_\_\_  
Escritura \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

### CONCLUSIONES

Aquí merece ser citado el Dr. Julio Bernardo de Quiroz, de la Universidad del Salvador, en Buenos Aires, quien considera el lenguaje como una función sobreimpuesta, privativa de los seres humanos; "... el lenguaje no obedece a centros, ni órganos, ni vías limitadas, sino que es una superestructura y tampoco representa una función sino una asociación de funciones, una "función" sobreimpuesta. Aún periféricamente el lenguaje articulado o el lenguaje recibido sensorialmente se establece sobre órganos que tienen otras funciones, ontogénica y filogenéticamente: respiración, masticación, deglución, audición, visión. Pero la jerarquía del lenguaje se evidencia por los principales aparatos que pone en acción; todos ellos son de vital importancia en la vida primitiva (boca, faringe, laringe, oídos, ojos). Pero así como desde el punto de vista del sistema nervioso central el lenguaje se nos aparece como una pseudofunción (función sobreimpuesta), desde el punto de vista psicológico se nos aparece como un fenómeno socio-cultural".-

Se ha tratado, más que todo, en este trabajo, de reunir los conocimientos que hasta ahora se tienen sobre la afasia, haciendo ver que la literatura a este respecto es muy divergente.

Prácticamente la rehabilitación en nuestro país, especialmente en lo que se refiere a problemas del lenguaje, recién se ha comenzado a hacer, por lo que considero de gran

utilidad algo que ayude al médico general a conocer el problema del paciente afásico.

Se comienza aquí por un estudio de lo que es el lenguaje normal, en sus diferentes formas, para facilitar después la comprensión de la patología del mismo.

Las clasificaciones de afasia son tan extensas y difieren tanto de unos autores a otros, que aquí se expone una recopilación de todas esas clasificaciones hechas por la Dra. Montenegro de Valladares, de la Escuela de Sordos de Panamá, en la cual pueden encontrarse la mayoría de las clasificaciones más conocidas.

Pero para propósitos clínicos, y sobre todo de diagnóstico, las afasias se clasifican: principalmente sensorial, -- principalmente expresiva, mixta o sensitivomotora, y global.--

Desde el punto de vista puramente de la rehabilitación, se somete a todos los afásicos a los mismos lineamientos de terapia de lenguaje, incluyendo las áreas receptiva y expresiva por igual, aún cuando se hace incapié en las fases en que el paciente muestra mayor dificultad.

Se había creído dogmáticamente que la representación -- del lenguaje estaba lateralizado en el hemisferio cerebral izquierdo para las personas diestras y en el derecho para las zurdas. Ultimamente han aparecido divergencias en cuanto a esto, considerando unos autores que en la mayoría de personas -- el hemisferio dominante es el izquierdo, sin que el manejo de la mano o lateralidad corporal tenga influencia muy clara sobre eso. Otros han encontrado que, si bien es cierto lo ante---



B I B L I O G R A F I A

- 1.- CARRASCO Z, JUAN. Los problemas de comunicación y su relación con la patología neurológica. Acta audiológica y foniátrica hispanoamericana. 2--- (2): 161-176; Mayo-Agosto, 1960.
- 2.- DASSEN, R, y FUSTINONI, O. Sistema nervioso, 7a.ed. - Buenos Aires, El Ateneo, 1959. 505 p. (Biblioteca de semiología de Padilla y Cossio).
- 3.- MARTIN, BLANCHE R. Communicative aids for the adult aphasic. Springfield, Thomas. 1962. 70 p.
- 4.- MAYO CLINIC AND MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. Clinical examination in neurology. Philadelphia Saunders. 1956. 370 p.
- 5.- MONTENEGRO DE VALLADARES, CAROLINA. Estudio sobre la clasificación y nomenclatura de los trastornos afásicos; terapia rehabilitatoria. Acta audiológica y foniátrica hispanoamericana. 1 (1): 31 - 59, Enero- Abril, 1959.
- 6.- RENCK, A.V.S. DE and O'CONNOR, M, eds. Ciba Foundation symposium; disorders of language. London, Churchill. 1964 356 p.
- 7.- WEST, R, ed. Childhood aphasia. Proceeding of the Institute on Childhood aphasia. Berkeley, Calif; Gillick Printing. 1960. 82 p.
- 8.- MARKS, M; TAYLOR MARTA AND RUSK, H.A. Rehabilitation of the aphasia patient; survey of three years experience in a rehabilitation setting.

- 9.- DE QUIROS, J. B. y GITTER El lenguaje en el niño. Buenos Aires, Calif, 1964- 40 p.
- 10.- RUSK, H.A. y col. Medicina de Rehabilitación. Traducción - del original méxico. Editorial interamericana S.A. 1962- 571 p.