



Trabajo de Fin de Grado

«La afasia: caracterización lingüística y tipológica»

Autor: Laura López Piñero

Tutor: M^a Jesús Paredes Duarte

Grado en Lingüística y Lenguas Aplicadas

Curso Académico 2014-15

Fecha de presentación: Julio 2015



Facultad de Filosofía y Letras

Índice

Resumen/Abstract	2
1. Introducción	3
Antecedentes	3
Objetivos	4
Hipótesis de partida	4
Metodología	4
2. La afasia: definición, historia y estudios	5
3. Problemas para realizar una tipología de afasia desde el punto de vista lingüístico	11
4. Propuesta de tipología de afasias	15
4.1. Afasia no fluente	16
4.1.1. Afasia de Broca	16
4.1.2. Afasia global	17
4.1.3. Afasia motora transcortical	18
4.1.4. Afasia transcortical mixta	19
4.2. Afasia fluente	20
4.2.1. Afasia de Wernicke	20
4.2.2. Afasia de conducción	20
4.2.3. Afasia sensorial	21
4.2.4. Afasia anómica	22
4.3. Cuadro de clasificación	24
5. Caso práctico	25
6. Conclusiones	28
7. Referencias bibliográficas	29

Resumen

La afasia es un trastorno de la función del lenguaje que puede afectar tanto a la producción como la comprensión del lenguaje que se produce a raíz de una lesión cerebral. Para llevar a cabo este estudio sobre la afasia, en el presente trabajo adoptaremos un enfoque centrado especialmente en la lingüística.

De este modo, este trabajo de investigación se centra en abordar una definición de afasia así como en enumerar los diferentes problemas que surgen a la hora de realizar una clasificación de este trastorno del lenguaje. Siguiendo esta misma línea de investigación y teniendo en cuenta un enfoque lingüístico, en dicho estudio se aporta y se desarrolla una clasificación de los tipos de afasia en función de su expresividad verbal y todos los aspectos lingüísticos involucrados.

Palabras clave: afasia, lenguaje, afasia fluente, afasia no fluente.

Abstract

Aphasia is a disorder of language function that may affect the production and/or understanding of language which is caused by a brain injury. To carry out this study about aphasia, in the present work we shall adopt a special focus on linguistic approach.

Thus, this research is focused on addressing a definition of aphasia and enumerating the different problems that arise when making a classification of this language disorder. Following this line of research and taking into account a linguistic approach, in this study it is provided and developed a classification of the types of aphasia in terms of their verbal expression and all linguistic aspects involved.

Keywords: aphasia, language, fluent aphasia, nonfluent aphasia.

1. Introducción.

El estudio de la afasia ha presenciado un gran recorrido a lo largo de la historia y han sido numerosos autores los que han aportado diversas contribuciones así como una determinada clasificación de la misma. De este modo, como **antecedentes** en este campo de estudio podemos encontrar a una serie de autores que han contribuido a su desarrollo mediante diferentes aportaciones y modelos¹. Carl Wernicke elaboró el primer modelo considerado como conexionista el cual fue retomado y completado por Lichtheim. Su nueva teoría conexionista condujo a una clasificación de siete tipos de afasias que ha sido elaborada a partir de Wernicke en 1885: afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia de conducción, afasia motora transcortical, disartria, afasia sensorial transcortical y sordera verbal pura. Cada uno de estos siete síndromes expuestos por Lichtheim estaba determinado por la preservación o la alteración de ciertas modalidades lingüísticas.

Además de una clasificación para los tipos de afasia, este autor denominó afasia transcortical a la capacidad preservada del individuo por repetir, asociada a una considerable reducción del lenguaje espontáneo. Esta designación fue empleada por muchos autores y también estuvo integrada en el modelo de Geschwind, que constituye una de las clasificaciones más influyentes y se encuentran presentes los siete tipos expuestos por Lichtheim junto con otros tres tipos de síndromes afásicos: el aislamiento del área del habla, la afasia global y la anomia. Las personas que apoyaban esta clasificación observaban que distintos tipos de afasia causaban trastornos lingüísticos diferentes así como distintos grados de alteración en las funciones del lenguaje. La distinción entre el habla espontánea de un paciente que sufre afasia de Broca con otro que padece afasia de Wernicke constituiría un ejemplo de estos rasgos cualitativos con respecto a las alteraciones afásicas. Ambos síndromes presentan diferentes anormalidades en el habla; los pacientes con afasia de Broca presentaban muchas dificultades a la hora de hablar e incluso no hablaban absolutamente nada mientras que los pacientes con afasia de Wernicke poseían más fluidez en el habla empleando en sus discursos numerosas parafrasis fonémicas.

A continuación, Head propuso una clasificación de afasia en grupos definidos asignando a cada tipo el nombre para indicar la deficiencia que se manifieste en la comprensión de las frases y palabras; la tipología que propone es: verbal, sintáctica, nominal y semántica. Kleist, después de la 1ª Guerra Mundial, analizó heridas en el cerebro consiguiendo averiguar las

¹ Entre dichos autores destaca la presencia de como son Lichtheim (1885), Head (1926), Kleist (1934), Neilson (1936), Goldstein (1948), Brain (1961), Gloning (1963), Bay (1964), Wepman (1964), Luria (1966).

lesiones que producían. La clasificación de las afasias según este autor es la siguiente: mutismo verbal, sordera verbal, de repetición, amnésica, anártrica y sordera verbal pura. Lichtheim, Kleist y Neilson apoyaron la teoría de la localización del lenguaje en distintas áreas del cerebro. En cuanto a Goldstein, empleó enfoques clínicos anatómicos y psicológicos para delimitar el síndrome afásico. Aunque éste no coincidía con los autores conexionistas clásicos acerca de las causas de los síndromes afásicos estaba de acuerdo en que la localización de las lesiones causaban determinados síntomas.

Por otro lado, Wepman denomina a la afasia en una regresión del lenguaje a niveles más inferiores distinguiendo entre: afasia sintáctica, jerga pragmática y afasia semántica. Luria adoptó un punto de vista que se situaba en medio del localizacionismo y el antilocalizacionismo. Propuso entonces una clasificación de los trastornos afásicos cuyos nombres se basan en el nivel del lenguaje que se encuentra alterado: afasia motora eferente, sensorial, motora aferente, dinámica, acústico-amnésica y semántica.

Debido a las diversas y variopintas clasificaciones de afasia y, además, teniendo en cuenta las numerosas clasificaciones en relación a los trastornos del lenguaje y su problemática, el principal **objetivo** de este trabajo se corresponderá con aportar una clasificación novedosa y actual sobre los tipos de afasia. Por lo que nos centraremos en realizar una clasificación de las afasias teniendo en cuenta un enfoque lingüístico pudiendo así unificar, delimitar y clarificar el concepto la afasia y su tipología.

Para ello nos basaremos en defender la existencia de dos grandes bloques de afasias diferentes desde un punto de vista lingüístico, como son la afasia fluente y la no fluente y que constituye la **hipótesis de partida**. De este modo, y para cumplir con los objetivos expuestos del trabajo, a la hora de realizar una clasificación de afasias nos apoyaremos en este rasgo que caracteriza a la afasia como fluente o no fluente.

En cuanto a la **metodología** empleada en dicho estudio, se corresponde a la de tipo deductivo; a partir de ciertas lecturas y libros se ha obtenido gran parte de la información referente al tema de la afasia y sus distintos tipos aplicándose cada uno de ellos a un caso práctico. De este modo y destacando la principal aportación en el trabajo, he desarrollado un cuadro esclarecedor y explicativo sobre los tipos de afasia contribuyendo así con una clasificación sobre la tipología de la misma.

La **organización** propuesta en esta investigación consta de un primer punto en el que proponemos una definición de afasia y, además, trataremos la historia de la afasia mencionando distintos estudios y aportaciones que han contribuido al desarrollo de la misma. En un segundo punto, exponemos los distintos problemas que surgen a la hora de realizar una clasificación sobre los tipos de afasia teniendo en cuenta un enfoque lingüístico. En el tercer punto del trabajo, se presenta la aportación a la investigación en el que proponemos una tipología de afasia sin dejar de prestar atención a la lingüística y, de este modo, plantear y explicar los distintos tipos de afasia apoyándonos en ejemplos para clarificar y delimitar los diferentes rasgos correspondientes a cada tipo. Como último punto del trabajo, ejemplificamos un determinado tipo de afasia en el que se refleja los aspectos lingüísticos alterados que caracterizan a dicho tipo.

2. La afasia: definición, historia y estudios.

La afasia se trata de un desorden que provoca un deterioro o pérdida de los procesos complejos involucrados en la interpretación y formulación del lenguaje. Esto es debido a una lesión en un área determinada del cerebro donde el lenguaje se encuentra localizado.

El término afasia fue acuñado por un médico francés, Armand Trousseau (1801-1867), en el año 1864. La palabra afasia proviene de un vocablo de origen griego que significa ‘falta de comunicación por el lenguaje’: *a* (falta) y *phasia* (palabra). Armand Trousseau define la afasia como “un estado patológico que consiste en la pérdida completa o incompleta de la facultad de la palabra, con conservación de la inteligencia y de la integridad de los órganos de fonación”. (<http://www.revista.unam.mx/vol.9/num12/art103/int103-1.htm>)

Este tipo de trastorno puede aparecer de manera repentina siendo consecuencia de un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebrovascular o bien puede desarrollarse de un modo más lento o gradual a consecuencia de un tumor cerebral. La afasia es un trastorno que afecta y deteriora el lenguaje verbal en lo que se refiere a la expresión y/o comprensión del mismo y, consecuentemente, a la lectura y a la escritura, a causa de una lesión cerebral en el hemisferio izquierdo, que es donde normalmente se encuentran las áreas relacionadas con el lenguaje, y que ocurre una vez que el lenguaje haya sido adquirido, desarrollado e integrado. Por lo que cualquier lesión localizada en las áreas de la corteza cerebral que estén destinadas a

la comprensión o producción del lenguaje puede dar lugar a una afasia siempre que el lenguaje haya sido adquirido y se manifieste una alteración del lenguaje, ya sea en su producción o comprensión.

Según el tipo de afasia, se pueden presentar dificultades con respecto a la fluencia verbal, comprensión, denominación, repetición, lectura y escritura. Así, la afasia puede darse junto con otros trastornos del habla, como pueden ser la apraxia o la disartria, que igualmente son resultado de una lesión cerebral. En cualquier caso, se habla de afasia cuando se puede confirmar que el origen de los síntomas que pueden observarse se debe a una afectación o carencia de la conducta verbal ya que este trastorno siempre perjudica, en mayor o menor medida, a la producción o actividad codificadora y/o comprensión o decodificación.

Desde una perspectiva historiográfica, el estudio de la afasia ha tenido un extenso recorrido. Cada una de las etapas históricas en que se divide, contribuye en el desarrollo de nuevas interpretaciones, hipótesis y modelos así como de conceptos y aproximaciones.

La primera vez que se encuentra un escrito relacionado con los trastornos o desórdenes del lenguaje data aproximadamente de 3000 años a.C. Se trata de un papiro de los cirujanos Egipcios Antiguos perteneciente a un médico faraónico. Más tarde, en el año 1500 a.C. hay evidencias acerca de una tabla cuneiforme en el que se tratan diversos aspectos relacionados con la alteración del lenguaje. Otro de los documentos que aporta datos acerca de cómo se comprendían los cuadros clínicos en este período es el corpus hipocrático del 400 a.C. Este corpus reúne el conocimiento de los médicos con respecto a las manifestaciones de los trastornos afásicos de aquella época. De este modo, ya se estaba empezando a relacionar una manifiesta sintomatología con lesiones en determinadas áreas del cerebro. Además de esto, también se ha demostrado la existencia de textos del s. I, así como de la Edad Media y el Renacimiento.

Una fecha clave en la historia de la afasia es en el año 1861 puesto que es cuando ocurre el nacimiento de la *afasiología*. “La afasiología es una parcela del campo de los trastornos del lenguaje, cuya competencia se extiende hasta otro tipo de patologías como la demencia, psicosis o esquizofrenia” (Cervantes, 2005:7).

Numerosos autores han aportado investigaciones y modelos manifestando su interés por los procesos lingüísticos a nivel neuropsicológico. Las aportaciones más relevantes y que, además, poseen una gran importancia desde el punto de vista historiográfico de los trastornos

del lenguaje pertenecen a los que pueden considerarse pioneros de las grandes afasias: Paul Broca y Carl Wernicke.

A este respecto, es en ese mismo año, 1861, cuando el antropólogo y neurólogo francés Paul Broca publica su trabajo. Paul Broca (1824-1880) es reconocido como un gran neurólogo el cual aportó las primeras contribuciones sobre las bases neurales del lenguaje además de una aportación fundamental con respecto al origen de la afasia. Este afirmó que una lesión de un área de la corteza frontal se relacionaba con la pérdida del habla y que esta parte del cerebro era la que se encargaba de articular el lenguaje. Para referirse a este fenómeno este autor acuñó el término *afemia*, el cual, posteriormente, fue cambiado por el de afasia. Debido a estas aportaciones, a dicha área, localizada en la tercera circunvolución del lóbulo frontal izquierdo, se le conoce con el nombre *área de Broca*. Por tanto, a esta área se le conoce por ser la responsable del habla expresiva; es en este punto donde se descifra el conocimiento del lenguaje sea en forma de palabras así como en oraciones consideradas como comprensibles. De esta manera, cuando el área de Broca está dañada o se produce una lesión en la misma, la persona afectada comprende todo lo que le dicen pero no tiene la capacidad de expresarse de una manera clara; lo hace con dificultades y de forma poco entendible.

Estas aportaciones son fruto de dicho trabajo a partir de la observación de un paciente, Leborgne, que, a los 30 años de edad, había empezado a manifestar problemas en el habla. Cuando P. Broca examinó al paciente, este tenía 51 años y presentaba problemas en el habla, la cual se encontraba completamente limitada, pudiendo pronunciar solo la expresión 'tan'. En cuanto al nivel de comprensión del paciente, Broca lo consideró normal puesto que era capaz de responder a determinadas preguntas a través de gestos. Un estudio post-mortem desveló que dicho paciente presentaba un daño o lesión cerebral que se localizaba en la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo, zona que, anteriormente, se ha denominado como área de Broca.

Debido a su trabajo y a sus aportaciones acerca de la afasia, Paul Broca pudo concluir que el cerebro humano estaba dividido en dos hemisferios los cuales eran asimétricos en lo referido a sus funciones y que el lenguaje de los seres humanos estaba localizado, normalmente, en el hemisferio izquierdo.

Además de esto, otras de las conclusiones es que determinadas funciones concretas de la conducta están relacionadas con áreas localizadas del cerebro, dando a conocer lo que se denomina *teoría conexionista*. Esta teoría, también llamada *teoría localizacionista*, es

conocida gracias al médico austríaco F.J. Gall (1758-1828). Éste es considerado como uno de los primeros en adentrarse en el campo de las afasias. Gall hizo frente a la Iglesia Católica ya que esta última tenía la creencia de que el cerebro contenía y albergaba el alma de cada persona; este autor defendía que el cerebro es una materia que se encargaba de funciones superiores. F.J. Gall intentó localizar el lenguaje en el cerebro equívocamente situándolo en lóbulo frontal de este pero, a pesar de sus desaciertos, se encontraron en sus postulados y razonamientos el intento de crear una teoría de tipo conexionista o localizacionista la cual apoyaba la idea de asociar determinadas áreas del cerebro a mecanismos lingüísticos.

El período que presenta más avances en lo que respecta este campo, comienza con los anteriores hallazgos de Broca hasta la 1ª Guerra Mundial. En el año 1867 W. Ogle publicó un documento acerca de un caso que había investigado en el que confirmaba la existencia de un área del cerebro del lenguaje escrito separada e independiente del área de Broca, por lo que se demostraba que las áreas del lenguaje escrito y las del lenguaje hablado eran diferentes.

A continuación, en 1874 destaca la presencia del que es considerado otra de las figuras más importantes, junto con Paul Broca, en el estudio de la afasia, Carl Wernicke. C. Wernicke (1848-1905) publicó un trabajo el cual es considerado como la primera teoría neurolingüística. Por lo que, Wernicke desarrolló el primer modelo conexionista de las bases neurales del lenguaje en el cual es el lenguaje el resultado de una serie de centros y conexiones entre los mismos; Wernicke plantea la existencia de un centro para las imágenes auditivas de las palabras que se encuentra situado en la primera circunvolución temporal y recibe el nombre de *área de Wernicke*. Esta área se trata de la zona de la corteza cerebral la cual es responsable de la recepción del habla, es decir, es la encargada de la comprensión del lenguaje. En esta parte es donde el conocimiento del lenguaje se emplea en la interpretación así como en la memorización o retención de la información recibida, ya sea de conceptos leídos o escuchados.

Según el modelo propuesto por este autor, los centros a lo que hace referencia se corresponde con área de Wernicke, centro de las imágenes auditivas de las palabras, y área de Broca, centro para las imágenes motoras de las palabras. Dichos centros se encontrarían unidos mediante el fascículo arqueado posibilitando una respuesta adecuada con respecto a la información que se recibe. Una lesión localizada en esta área provocaría una alteración en la capacidad de comprensión del lenguaje dando lugar a lo que él denominó afasia sensorial, también conocida como afasia de Wernicke. El enfermo que padeció este tipo de afasia

producía un lenguaje considerado gramaticalmente correcto pero usaba determinadas expresiones, las cuales no se referían a nada, además de excesivas muletillas en sus producciones.

Este modelo propuesto por Wernicke no volvió a recobrar verdadera importancia hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando este mismo modelo fue retomado por Norman Geschwind (1926-1984) ampliando sus ideas iniciales sobre los centros localizados en el procesamiento del lenguaje. Así, este autor es considerado como uno de los iniciadores de la teoría holista y entre sus seguidores cabe destacar la presencia de Ludwig Lichtheim (1845-1928) quien elaboró un modelo de procesamiento lingüístico en el que incorpora no solo las zonas cerebrales sino también las conexiones existentes entre dichas zonas las cuales dan explicación a los tipos nuevos de afasias. En este mismo campo, se pueden destacar otros modelos de estudio como son el de Theodor Meynert (1833-1892) quien otorgó la misma importancia tanto a las conexiones dentro del cerebro como a los centros con respecto a la ejecución del lenguaje, y el de Jean-Martin Charcot (1825-1893) quien detalló un tipo de trastorno del cerebelo que, además, está relacionado con la esclerosis múltiple y al que denominó ‘habla exploradora’.

Es a partir de la 1ª Guerra Mundial cuando este campo de estudio se desarrolla de manera más notable; esto es debido al gran número de soldados que sufren traumatismo craneoencefálico y lo que propicia la aparición de Lee Edward Travis (1896-1987) representado la primera figura perteneciente a la logopedia. Durante la 2ª Guerra Mundial esta situación empeora aún más al producirse una secuela de miles de soldados afásicos y es a partir de entonces cuando intervienen por primera vez psicólogos, neurólogos y especialistas en patología del habla. En esta época destaca la figura del neurocirujano canadiense Wilder Graves Penfield (1891-1976) por emplear una nueva técnica de estimulación eléctrica cortical para esquematizar y dibujar el mapa de las áreas corticales del cerebro así como el de los centros de lenguaje y habla.

Por otro lado, teniendo en cuenta la perspectiva historiográfica de este campo de estudio, cabe destacar en esta etapa, el desarrollo de la afasia a la consolidación de la neurolingüística producto del avance en los campos de la lingüística y psicolingüística. Así, bastante después de que la neurolingüística estuviera asentada, se desarrolló la denominada afasiología lingüística creándose, después de la 2ª Guerra Mundial, una comunidad científica internacional en la que uno de sus objetivos se centraba en esta nueva disciplina.

En tiempos actuales, se continúa demostrando que en el hemisferio izquierdo del cerebro se encuentran localizadas determinadas habilidades del habla. A partir de los años 60 y 70 predominan dos importantes figuras en este campo de estudio. La primera hace referencia a N. Geschwind quien reemprendió el estudio acerca de la afasia así como de otros trastornos semejantes los cuales estaban perdiendo importancia dentro del campo de la medicina. N. Chomsky personifica la segunda figura; este desarrolla un concepto de lo innato en el que el lenguaje tiene una base biológica, neurológica y genética.

Las contribuciones de Steven Pinker también suponen una aportación importante a este campo. Este autor emplea las teorías procedentes de Darwin como base, exponiendo la gramática como un ejemplo de rasgo biológico el cual está determinado por el principio darwinista de selección natural.

Por tanto, los autores más importantes podrían agruparse en diferentes escuelas las cuales desempeñan un papel fundamental para el dominio de la afasiología: la primera y más destacada es la de origen francés que cuenta con autores como T. Alajouanine, H. Hécané o J. J. Lhermitte; la segunda escuela es la perteneciente a EEUU situada en Boston de la que forma parte autores como N. Geschwind y D. Caplan; en la escuela de Inglaterra destaca M. Critchley mientras que la escuela de Moscú cuenta con la presencia de A. R. Luria; por último, en España cabe resaltar el Instituto de Neuropsicología dirigida por J. Peña-Casanova.

Con respecto al estudio de las afasias, es necesario destacar que este tema es competencia tanto de la Psicolingüística como de la Neurolingüística, puesto que se ha demostrado que las perturbaciones envueltas en el procesamiento de las representaciones abstractas lingüísticas dan lugar a un número considerable de trastornos afásicos. De esta manera, según David Caplan:

La afasiología lingüística señala que tenemos que formular una teoría neurolingüística que establezca los hechos básicos sobre la localización de los componentes del sistema de procesamiento del lenguaje en relación con las estructuras neurales y, a continuación, dé cuenta de la localización de estos componentes del procesamiento en términos de los influjos genéticos y ambientales. (Caplan, 1987:532)

3. Problemas para realizar una tipología de afasia desde el punto de vista lingüístico.

A la hora de clasificar los trastornos del lenguaje encontramos una serie de problemas que subrayan la ausencia del enfoque lingüístico en dichas clasificaciones. Por ello, la metodología que se emplea para realizar las clasificaciones tradicionales está basada en pares binarios de rasgos; de este modo el trastorno no aparece clasificado sino, más bien, incluido en dichos criterios. Estos rasgos binarios se resumen en: orgánico/funcional, recuperable/no recuperable, innato/no innato, físico/psíquico, derivado de síndrome/no derivado de síndrome, adultos/niños y severo/leve. Estos rasgos de clasificación no poseen un carácter propiamente lingüístico y, por tanto, no se trata de clasificaciones lingüísticas.

La afasia ha sido objeto de estudio de numerosos autores aportando cada uno de ellos datos e informaciones sobre los que, actualmente, se asienta la afasiología. En cuanto a su tipología, los investigadores clínicos y autores han mostrado una tendencia a agrupar las variedades de afasia con base en las características que presente el lenguaje. De este modo, han sido varias las clasificaciones propuestas sobre los tipos de afasia, sin embargo, existen diversos problemas a la hora de agrupar a los pacientes que sufren afasia dentro de un grupo determinado de ésta. La clasificación de la afasia en diferentes tipos es una cuestión compleja; la extensa variación que ha sido observada en distintos pacientes con trastornos afásicos del mismo tipo y la recopilación de las carencias que presenta cada uno, dificulta el hecho de agrupar a los pacientes afásicos en diferentes grupos.

A este respecto, a la hora de realizar una clasificación de pacientes con un determinado tipo de afasia nos encontramos diversos problemas. El primer problema que se plantea es que cada tipo de síndrome afásico está formado por una serie de diferentes síntomas posibles a diferencia de cuando estaba constituido por un único síntoma. Por lo que, distintos pacientes que poseen el mismo síndrome pueden presentar distintas perturbaciones o alteraciones del lenguaje. Este hecho ha sido denominado *politipicidad* según Schwartz (1984).

Un segundo problema que se presenta es que numerosas perturbaciones lingüísticas tienen lugar en más de un síndrome lo que dificulta la clasificación de los pacientes, manifestando esas mismas alteraciones lingüísticas, dentro de un grupo de pacientes que padecen un determinado tipo de síndrome u otro.

El tercer problema se corresponde con que varias investigaciones y estudios no han aseverado y aclarado las diferencias concernientes a la naturaleza lingüística de un determinado síntoma que no pertenece solo a un determinado tipo de síndrome sino que se manifiesta en varios.

Asimismo, la condición que presentan los síndromes clásicos con respecto a sus síntomas ocasiona determinados problemas. Partiendo de la clasificación de los pacientes que sufren trastornos afásicos, no queda claro el significado de agrupar a un paciente como perteneciente a un determinado tipo de síndrome. El hecho de que un paciente tenga afasia de Broca implica que posee anormalidades con respecto al habla al igual que en otras funciones del lenguaje como pueden ser la escritura, la repetición etc., lo que no es suficiente para poder determinar tanto los problemas lingüísticos como psicolingüísticos que presenta dicho paciente. Debido a la existencia de numerosos pacientes que tienen afasia de Broca y manifiestan diferentes alteraciones lingüísticas, la conexión entre las lesiones cerebrales y la afasia de Broca no indica la base neural de una función lingüística aislada.

Consecuentemente, dado que existen diversas formas en cuanto a perturbaciones o alteraciones relacionadas con el habla que se encuentran unificadas bajo la etiqueta de afasia de Broca, un lingüista se encuentra con numerosos obstáculos que dificultan el hecho de hallar las causas del déficit que presenta el paciente y que subyace a la afasia de Broca en otros aspectos del procesamiento del lenguaje. El segundo problema con el que la clasificación clínica se encuentra lo constituyen los síntomas que están presentes en varios síndromes. Un ejemplo puede ser los síntomas de la anomia así como de las parafasias fonémicas las cuales son muy frecuentes y están presentes en los distintos grupos de afasia. Por tanto, es una labor compleja clasificar a numerosos pacientes debido a que estos síntomas se manifiestan en muchos grupos afásicos. Una solución posible a este problema es investigar y profundizar en los análisis lingüísticos de síntomas como son las parafasias fonémicas y la anomia.

Como se ha visto hasta ahora, son varios los problemas que aparecen cuando se tienen en cuenta tanto los detalles lingüísticos cualitativos que conforman los síntomas afásicos a la hora de clasificar los pacientes bajo la taxonomía clínica tradicional.

Asimismo, otra cuestión aparente en la clasificación de los tipos de afasia es la terminología empleada por los distintos autores; son varios los autores que emplean diferente terminología para designar un tipo de afasia.

En los últimos años, tanto psicólogos como lingüistas han investigado y averiguado que un gran número de pacientes que sufren trastornos afásicos no se ajustan a ninguna de las agrupaciones marcadas clínicamente. Está comprobado que estos pacientes manifiestan numerosos rasgos en común. Por un lado, los síntomas que determinan a los pacientes de una clase específica no son pertenecientes a todas las actuaciones psicolingüísticas; todos los síntomas que describen a un paciente de una determinada clase, bajo esta nueva perspectiva, se asocian con una sola función como puede ser el habla espontánea, la escritura o la lectura. Por otro lado, las anormalidades que definen la pertenencia a una determinada clase conforman un grupo más restringido y limitado. Por lo que, estos cambios tienden a estandarizar estos síndromes en una mayor medida. En último lugar, también hay que destacar el hecho de que los pacientes sean considerados como pertenecientes a un grupo concreto si presentan un síntoma o una serie determinada de síntomas independientemente de cuales sean los otros síntomas que manifieste. Por tanto, este enfoque psicolingüístico destaca por el hecho de que un paciente puede pertenecer a varios agrupamientos y no a una única clase.

Goodglass investiga el síndrome correspondiente al agramatismo y, consecuentemente, señala que no es posible clasificar o agrupar, de forma clara, a los pacientes como agramáticos teniendo como base la omisión de las palabras funcionales así como de morfemas flexivos. Esto es debido a que este rasgo se manifestaría en otros grupos de pacientes afásicos, además de los que ya cumplen los criterios clínicos del agramatismo. Por lo tanto, este autor ve la necesidad de buscar otra forma de describir, desde un punto de vista funcional, a los pacientes considerados como agramáticos con el principal objeto de identificarlos. Así que opta por el criterio de la longitud de las frases. De este modo, los pacientes que emplean frases cortas son calificados como afásicos de Broca con agramatismo, mientras que los que son capaces de articular frases largas quedan descartados de padecer este tipo de trastorno afásico. Esta nueva técnica resulta útil para diferenciar a los pacientes agramáticos del resto. (Goodglass, 1976: 189-191).

Sin embargo, esta propuesta taxonómica da lugar a ciertos problemas. El primer problema que surge es que la omisión tanto de palabras funcionales como de morfemas flexivos constituye un síntoma de la afasia, no obstante, ya no desempeña ningún papel en lo que se refiere a la clasificación de los pacientes.² Otro problema existente consiste en que las palabras funcionales, los morfemas flexivos y la estructura sintáctica corresponden con aspectos del

² La omisión de morfemas flexivos y palabras funcionales, además se encuentra presente en gran parte de los síndromes afásicos clásicos.

lenguaje que están definidos en la teoría lingüística y, de esta manera, sería posible relacionar estos rasgos con una perturbación que afecte a algunos de ellos. Por el contrario, la longitud de frases se trata de un aspecto que no se encuentra definido ni en la teoría lingüística ni en ninguno de los modelos del procesamiento del lenguaje; corresponde con un tipo de atributo ponderable que queda definido sobre los elementos lingüísticos. Por consiguiente, el empleo por parte de un paciente de frases cortas o largas no revela nada acerca de qué parte del sistema de producción de oraciones está trabajando de manera correcta y qué otras partes no lo están haciendo.

Una nueva propuesta de clasificación bajo un punto de vista lingüístico, da solución a algunos de estos problemas pero ocasiona otros. El hecho de que síntomas fundamentados no sean importantes para la taxonomía no supone ningún problema para este tipo de enfoque; el hecho de omitir las palabras funcionales y los morfemas flexivos manifiesta una alteración o perturbación de algún componente autónomo del mecanismo de procesamiento del lenguaje por lo que, correspondería a un síndrome. Asimismo, tampoco surge el problema de la existencia de síndromes que están basados en las mediciones de conductas que no se encuentran asociadas con ningún componente del procesamiento del lenguaje, como es el caso de agrupar a los pacientes que manifiestan el uso de frases cortas o largas.

Por otra parte, aparecen dos cuestiones en cuanto a la aplicación de esta nueva propuesta psicolingüística. El primer problema que se plantea es que el conocimiento que se posee sobre la naturaleza del sistema de procesamiento normal, y de cómo los comportamientos afásicos muestran algún tipo de daño en dicho sistema, se considera restringido y limitado. Por lo que, este factor da lugar a un notable desconocimiento acerca de qué síntomas están fundamentados y qué grupo de síntomas son causados por perturbaciones de un solo componente autónomo del procesamiento. Un segundo problema consiste en que esta nueva propuesta produce un gran número de síndromes y no está claro la existencia de una posibilidad de encontrar un considerable número de pacientes que padezcan un síndrome en concreto. Consecuentemente, el rendimiento de esta propuesta queda en entredicho.

A pesar de los obstáculos con los que se encuentra, los estudios lingüísticos han logrado aportar un nuevo fundamento conceptual con el fin de orientar el asunto referido a la clasificación de los pacientes con trastornos afásicos. Es evidente que los estudios sobre afasiología lingüística enriquecen la comprensión sobre la afasia, pero, sin embargo, dificultan y obstaculizan diversas propuestas en lo que se refiere a la descripción así como a la

clasificación de los pacientes afásicos. Esto es debido al hecho de que los pacientes que padezcan un síndrome clásico se distinguen en lo referido a cómo se presenta un síntoma específico, cuestiona la homogeneidad de los síndromes clásicos; resulta una tarea difícil clasificar a los pacientes que manifiesten síntomas que estén presentes en otros síndromes.

Todas estas observaciones actúan como alicientes para realizar estudios lingüísticos sobre la afasia de una manera más detallada. Puede ser que el principal motivo para desarrollar estos estudios sea el hecho de que los tipos de aspectos lingüísticos y psicolingüísticos son factores elementales de las actuaciones de los pacientes afásicos.

Por lo tanto, como se ha visto, la variabilidad individual en lo que se refiere a los síntomas de los pacientes que padecen trastornos afásicos es tanta como el número de sujetos afásicos existentes. De este modo, se puede concluir que no existen afasias sino pacientes afásicos.

4. Propuesta de tipología de afasias.

La siguiente clasificación de los trastornos afásicos se basa en la distinción los dos grandes bloques de afasias diferentes, correspondiéndose con la afasia fluente así como la afasia no fluente. De esta manera, la clasificación de afasias propuesta se fundamenta en la dicotomía lenguaje fluente/lenguaje no fluente. Esta distinción tiene en cuenta las características que se consideran primordiales en lo referido a la expresión verbal en relación con la dificultad de su inicio, el déficit que presenta, además de otros factores que condicionan esta habilidad como la articulación, la prosodia, la longitud de las frases empleadas y la capacidad léxica.

Desde un punto de vista lingüístico lo más importante en este aspecto es la fluencia, si el emisor es capaz de hablar o no, así como el modo en que lo hace. A este respecto, en estos estudios siempre adoptamos el punto de vista del emisor mientras que el receptor carece de importancia en su papel como descifrador del mensaje; la importancia en éste recae cuando debe decodificar dicho mensaje correctamente y así se convierta de nuevo en emisor.

En lo que se refiere al lenguaje no fluente, los rasgos que lo diferencian son una reducción de la expresión verbal, con dificultad en el inicio; presenta una articulación trabajosa y complicada, asimismo, también aparece otros problemas como son la anartria, disartria así como el decrecimiento de la longitud de las frases. Los síntomas más graves que pueden aparecer son, consecuentemente, el mutismo, las vocalizaciones y las estereotipias. En cuanto al lenguaje fluente, se caracteriza por tener un flujo del habla que se considera normal y, a

veces, desmesurado, es decir, hay un exceso de la expresión verbal³. En este caso, el esfuerzo articulatorio es inexistente y conserva una articulación correcta y adecuada. Del mismo modo, la prosodia y la longitud de las frases empleadas se consideran acertadas y apropiadas, por lo que estos rasgos se encuentran dentro de un nivel normal.

La distinción entre fluente/no fluente posibilita diferenciar las lesiones ‘anteriores’ de las lesiones ‘posteriores’. Generalmente, las afasias que son originadas por lesiones anteriores de las zonas correspondientes al lenguaje manifiestan un lenguaje no fluente mientras que las afasias producidas por lesiones posteriores presentan un lenguaje fluente.

A partir de esta dicotomía entre lenguaje fluente/lenguaje no fluente, se propone una nueva propuesta de clasificación en la que los distintos tipos de afasia se organizan en torno a dicha distinción; así, en la siguiente propuesta de clasificación se organizarían partiendo del tipo de afasia menos fluente al tipo de afasia más fluente consecutivamente y basándonos en la terminología de Faustino Diéguez:

4.1. Afasia no fluente.

4.1.1. Afasia de Broca: Los afásicos de Broca se caracterizan por un habla no fluente. También se ha observado pacientes con una pérdida del lenguaje empleando simplemente vocalizaciones inarticuladas además de estereotipias del tipo *ta ta ta...*, *pa pa pa...*, *tas tas tas...* etc. Esta supresión de la expresión verbal puede progresar hacia una estereotipia, la cual, cuando se cronifica, es posible modificar por medio de la prosodia. Si se produce una mejora en estos pacientes también tiene lugar una mejoría progresiva en lo referido al volumen de las palabras así como una recuperación del lenguaje. Esta evolución en este tipo de pacientes puede desembocar o bien hacia una anartria o bien hacia un agramatismo. Los pacientes que sufren de anartria presencian problemas de tipo fonético, ya sea en forma de omisiones, sustituciones, adiciones... En cuanto al agramatismo, es un rasgo cualitativo donde el habla proposicional se encuentra afectada al verse formada básicamente por palabras de contenido, como pueden ser los nombres y verbos principales, e insuficientes palabras de función. Además de esto, se observa el uso de breves emisiones conectadas por «y» así como numerosas oraciones incompletas. En ambos casos, el habla es no fluente con un número de palabras limitado así como una longitud de la frase corta, entre cero y cinco palabras por

³ La logorrea es un tipo de trastorno comunicativo que está caracterizada por una producción espontánea de una cantidad excesiva de lenguaje en comparación con la generada por la mayor parte de las personas en una situación semejante.

expiración. La articulación, generalmente, supone un esfuerzo y aparecen trastornos en lo referido a la producción de fonemas y sílabas, lo que produce una interrupción de la prosodia y ritmo del habla.

En cuanto a la comprensión auditiva, se encuentra relativamente preservada. El paciente es capaz de comprender palabras aisladas y órdenes simples. No obstante, presenta dificultades en la comprensión de órdenes más complejas así como de frases largas que impliquen un cierto grado de complejidad en cuanto a su secuenciación. La repetición se encuentra afectada; a pesar de esto, el lenguaje repetitivo puede ser superior al lenguaje espontáneo. A este respecto, se presencia desviaciones fonéticas así como parafasias fonológicas. Se ha observado una tendencia selectiva en lo referido a la repetición de estructuras gramaticales que también se encuentran en su lenguaje espontáneo por lo que, si un enfermo agramático hace omisiones de palabras de función en su habla, puede repetir haciendo las mismas omisiones. La denominación en este tipo de afasia se encuentra alterada, sin embargo, si a los pacientes se les proporciona ayuda mejora esta conducta; si se les facilita la primera sílaba de una palabra pueden ser capaces de evocarla. En cuanto a la comprensión lectora, ésta, por regla general, se encuentra más alterada que la comprensión oral mientras que la lectura en voz alta está ligada al agramatismo o anartria que padezca el enfermo. Por último, la escritura, los pacientes con afasia de Broca muestran una capacidad de escritura semejante a la producción oral; así estos enfermos presentan una escritura agramática observándose una alteración del grafismo con letras mal formadas.

EXAMINADOR: ¿Qué le ha pasado?

PACIENTE CON AFASIA DE BROCA: Veinticuatro... abril. Europa. Mi madre, mi padre, mi marido. Vamos a...aeropuerto. Paso...billete...y me caigo. En el aeropuerto. En el aeropuerto. Me caigo... y ampulín...amlancia⁴...llegó. Me cogió...y hospital.

4.1.2. Afasia global: Este tipo afasia se considera uno de las formas de afasia más grave. La afasia global se caracteriza por afectar a todas las modalidades del lenguaje; manifiesta una expresión propia de las formas más graves de afasia de Broca y una comprensión de las formas más graves de afasia de Wernicke. Los enfermos con este tipo de afasia se caracterizan por una producción verbal prácticamente inexistente aunque, a veces, producen emisiones estereotipadas que pueden ser sílabas sin sentido así como palabras reales; suelen conservar el lenguaje automático y fórmulas sociales. Además, tienen preservada la capacidad de

⁴ Se trata de una parafasia fonémica de «ambulancia».

producir secuencias hiperaprendidas y automáticas como decir los días de la semana o los meses del año. Los enfermos que presentan una afasia global grave son incapaces de transmitir las necesidades básicas por lo que se caracteriza por una ausencia total de la intención comunicativa. La comprensión del lenguaje hablado en la afasia global es muy pobre ya que está reducida a palabras y verbos comunes. La comprensión de estructuras gramaticales complejas se encuentra, igualmente, gravemente afectada. La escritura, la lectura y la denominación en la afasia global son capacidades que también se encuentran gravemente alteradas.

EXAMINADOR: ¿se encuentra usted mejor?

PACIENTE CON AFASIA GLOBAL: ahh- ah

EXAMINADOR: ¿cuándo tiene que ir al logopeda?

PACIENTE CON AFASIA GLOBAL: eeh

4.1.3. Afasia motora transcortical: Los pacientes con este tipo de afasia padecen una reducción importante en cuanto al habla espontánea la cual resulta disprosódica además de dificultosa. El habla espontánea en este tipo de afasia se caracteriza, cualitativamente, por breves emisiones que suelen estar compuestas por palabras funcionales o aisladas así como frases cortas e incompletas; así puede considerarse una carencia básica en este tipo de afasia la incapacidad de producir oraciones o una sucesión de oraciones completas cuando el enfermo trata de producir un discurso narrativo. Con respecto a la sintomatología expresiva, es similar a la presente en la afasia de Broca pero con una mejor estructura gramatical. En la articulación, se dan diferentes situaciones; en algunos casos los enfermos el esfuerzo articulatorio parece ser inexistente, por el contrario, se han observado otros casos en los que la articulación aparenta ser dificultosa, dubitativa y, además, hipofónica.

La comprensión del lenguaje hablado suele ser normal por lo que ésta se encuentra relativamente preservada excepto cuando se trata de elementos complejos y frases con una longitud larga. Del mismo modo, la repetición, a diferencia de la afasia de Broca, está conservada; los automatismos se repiten con más facilidad que las frases con otro tipo de contenido. Asimismo, la ecolalia es común en este tipo de enfermos así como la corrección de oraciones mal construidas gramaticalmente. En cuanto a la denominación, se observa una alteración en esta capacidad. Las pistas fonémicas y el contexto contribuye a la producción de las palabras. La escritura, en los enfermos de afasia motora transcortical, se encuentra

alterada; pueden presentarse trastornos en la seriación de letras, manifestaciones de agramatismo además de agrafia.

EXAMINADOR: ¿Qué hacía para ganarse la vida?

PACIENTE CON AFASIA PREMOTORA: El taxi...taxista...sí...durante unos siete años.

EXAMINADOR: ¿Qué más?

PACIENTE CON AFASIA PREMOTORA: Trabajo en ha-tel... trabajé en hoteles...más que nada como encargado del timbre...y luego ventas.

EXAMINADOR: ¿Qué tipo?

PACIENTE CON AFASIA PREMOTORA: A-a-aparatos.

4.1.4. Afasia transcortical mixta: Los pacientes que sufren este tipo de afasia se caracterizan por una producción verbal no fluente y, la cual, se encuentra gravemente limitada a producciones inarticuladas e incomprensibles, automatismos, estereotipias así como expresiones incompletas. La comprensión del lenguaje hablado está alterada de manera grave aunque en casos determinados puede estar preservada la comprensión de órdenes simples en lo referente al cuerpo como por ejemplo ‘cierre los ojos’. En cuanto a la repetición, es la única capacidad que se encuentra preservada relativamente. Algunos de los enfermos que padecen este tipo de afasia manifiestan una conducta ecológica repitiendo lo que oyen ya sea canciones o lenguaje. También hay casos de pacientes que realizan la ecolalia al hablarles directamente. Asimismo, puede darse la aparición de fenómenos como son el completamiento así como correcciones referidas a errores semánticos. La ecolalia que producen los enfermos con afasia mixta no es perfecta; son capaces de repetir entre una y cuatro palabras, sin embargo, se ha observado que realizan una ecolalia con pseudopalabras y con palabras producidas en una lengua extranjera. En cuanto a la denominación, en muchos casos se encuentra gravemente alterada aunque se han observado pacientes con una preservación de esta capacidad. En cuanto a la lectura y la escritura, ambas aparecen afectadas gravemente.

EXAMINADOR: ¿Qué le ha pasado?

PACIENTE CON AFASIA MIXTA: Dolía...no. Y eh...eh...y el sentar...y luego...luego...luego...¿Qué carajo! Y los estibadores...la niña...no.

4.2. Afasia fluente.

4.2.1. Afasia de Wernicke: Las alteraciones que se asocian a la afasia de Wernicke se relacionan con un lenguaje fluente aunque con manifestaciones de parafasias, una comprensión oral anormal, dificultad a la hora de repetir palabras y frases, la denominación es defectuosa al igual que la lectura y la escritura.

En cuanto a los aspectos cualitativos del discurso verbal se puede distinguir un habla prosódica con una articulación no esforzada y correcta, sin embargo, también tienen lugar varios errores de los cuales se puede destacar las parafasias fonológicas y semánticas, neologismos así como palabras y frases vacías de contenido como por ejemplo «una de esas cosas» «eso». Así, estos conjuntos de transformaciones verbales desembocan en un habla que resulta difícil de comprender denominada *jergafasia*. En los enfermos con afasia de Wernicke la comprensión del lenguaje se encuentra seriamente comprometida. Existen casos en los que pacientes con esta afasia comprenden ciertas palabras aisladas y frases sencillas mientras, por el contrario, se han dado situaciones de pacientes que no comprenden prácticamente nada. La repetición es otro rasgo que suele estar alterado en la afasia de Wernicke; el enfermo tiene dificultades en tareas sencillas relacionadas con esta modalidad como es la repetición de sílabas. Igualmente, la denominación también está afectada en los afásicos de Wernicke. Los pacientes no son capaces de denominar estímulos visuales aun teniendo ayudas fonémicas o semánticas; Estos enfermos con afasia de Wernicke son incapaces de emparejar un objeto con su nombre correspondiente, ya sea visual o acústicamente. En cuanto a la lectura y la escritura, también se encuentran gravemente afectadas. La escritura se presenta de forma similar al lenguaje oral, fluida pero muy distorsionada.

EXAMINADOR: ¿Qué le ha pasado?

PACIENTE CON AFASIA DE WERNICKE: Me levanto el domingo. Me siento bien, pero el lunes...Tengo tantos como para...Un hombre que me cree y estoy hablando con él de lo que estoy haciendo y este hombre es nuevo y dice...Al...estás haciendo...tengo tus cosas quí...pero hoy no puedes hablar conmigo. No puedo coger tu...No sé qué me estás diciendo, bien. Quiero que hagas con una de las niñas a tu médico y voy con él el lunes y la niña me lleva con su coche a los médicos.

4.2.2. Afasia de conducción: La afasia de conducción se caracteriza por una producción verbal fluida con una articulación correcta y sin dificultades, sin embargo, el flujo del habla se

puede interrumpir por pausas de evocación léxica o por pretender autocorregir los errores. Las transformaciones fonéticas son cuantiosas y abundantes y desembocan en lo que se denomina una *jerga fonémica*. En lo que se refiere a la comprensión auditiva, ésta se considera relativamente normal y, por tanto, preservada. No obstante, se ha podido observar alguna dificultad con respecto a esta capacidad en relación a los componentes gramaticales; puede aparecer algún fallo en la comprensión cuanto mayor sea la longitud y complejidad estructural de las frases. La repetición en este tipo de afasia está muy alterada. Existe una adecuada repetición de las palabras de contenido de alta frecuencia y que tienen poca longitud así como oraciones breves. En cambio, la repetición se complica con palabras largas y con una estructura más compleja. Una de las características cualitativas más visible y evidente de la afasia de conducción con respecto a la repetición es la manifestación de parafasias fonémicas, de las cuales el enfermo es consciente e intenta corregir dando lugar a producciones que se van acercando más a la palabra pretendida, a esta conducta se le conoce como conducta de aproximación. Por el contrario, cuando las producciones del enfermo se van alejando cada vez más de la palabra deseada se denomina conducta de desviación. En cuanto a la denominación, es una conducta que está alterada generalmente, manifestando sustituciones silábicas o palabras. La gravedad de ésta puede variar desde una leve afectación a un déficit moderado. En cuanto a la lectura, en lo que se refiere a la comprensión, es notablemente superior a la lectura en voz alta que está definida por interrupciones y, la cual, suele manifestar errores fonémicos. Por último, la escritura se ha podido observar conductas muy variables; algunos enfermos tienen esta capacidad preservada mientras que en otros casos se han presenciado fenómenos como paragrafias, incluyendo literales, grafémicas y verbales.

EXAMINADOR: ¿Qué le ha pasado?

PACIENTE CON AFASIA DE CONDUCCIÓN: Tuve uno o dos...eh...aquí hay uno (señala el corazón). Tuve eh...eh...eh...Sé la part, la parte exacta. Tenía una fálvela, un vervio, eh... Se estaba pudiendo, poniendo en la orta, la...la...Hay tres o cuatro cosas que se pueden reemplazar. Un día después más o menos cuando estaba en curas inten...intens...solo dos o tres personas. Te ponen allí y te estás unos días. Esto fue cuando tuve el infato, infarto.

4.2.3. Afasia sensorial: Los pacientes con afasia sensorial poseen una producción verbal fluente, es decir, facilidad de articulación y una prosodia correcta aunque es frecuente la manifestación de parafasias y el uso de palabras inespecíficas como «cosa» o «esto» discurso vacío y poco coherente. Este tipo de afasia se caracteriza por una pobre comprensión del

lenguaje hablado. En fases iniciales el enfermo tiende a comprender mejor las frases simples que las palabras que se encuentran aisladas. Asimismo, el enfermo puede tener la habilidad de leer palabras en voz alta y ser incapaz de asociar las mismas con sus correspondientes imágenes. En cuanto a la repetición, los enfermos con afasia sensorial mantienen una buena capacidad para repetir apareciendo fenómenos ecolálicos. La denominación es otra de las alteraciones que produce este tipo de afasia. Destacan los circunloquios y la manifestación de la anomia es visible: el paciente no es capaz de evocar ni de reconocer la palabra. En lo que respecta a la lectura y la escritura, son capacidades que se encuentra significativamente alteradas en los enfermos con afasia sensorial.

EXAMINADOR: Describa todo lo que esté pasando en esta lámina.

PACIENTE CON AFASIA SENSORIAL: Oh por el amor de Dios...quiero decir por el amor de Dios porque es una lámina normal. Vale. Número uno...yo...¿cómo puedo decirlo? Número uno...es...un pote...de...galletas...y lo que pasa es...eh...yo...eh...veo...el hecho...que...¿cóm...cóm...cómo se llama? El...el...el...por Dios...el...no me acuerdo del nombre pero lo que pasa es...eh...normal, en vez de derecho. El es...el hecho que un normal...hecho...¿Cómo puedo decirlo? ¡Oh Dios! Lo siento. Vale, o uno el...como se diga...el sitio normal...esto está fuera...más que esto está fuera...y el sitio normal está en...y ya está.

4.2.4. Afasia anómica: Los paciente con afasia anómica se caracterizan por un lenguaje espontáneo fluente así como la presencia de problemas a la hora de evocar palabras por falta de vocablo. El enfermo con afasia anómica tiene el significado de las palabras, tanto oídas como leídas, perdido o difuso lo que da lugar a una evocación de la palabra defectuosa. Por lo tanto, debido a que la principal alteración en este tipo de afasia es la selección de las palabras, los problemas que se producen giran en torno al lenguaje espontáneo, la denominación y la escritura espontánea. Este síntoma, se le conoce por el nombre de *anomia*, la cual provoca que el habla, aunque sea fluente, se perciba como un ‘habla vacía’ por la falta de nombres y la falta de especificidad. En las tareas referidas a la evocación categorial, como son por ejemplo pedir nombres de animales o palabras que empiecen por una letra determinada, los enfermos manifiestan errores importantes. En cuanto a la comprensión del lenguaje hablado se encuentra relativamente preservado exceptuando algún tipo de dificultad en tareas elaboradas. La repetición, igualmente, se encuentra conservada así como la lectura y la escritura.

EXAMINADOR: ¿Cuál es su principal problema ahora?

PACIENTE CON AFASIA ANÓMICA: Juntar mis palabras. Parece que no las puedo juntar. Parece que no las puedo juntar, esto es lo que pasa. Las palabras que no salen enfrente de mí, sabes. Como cuando las palabras vienen... se supone que salen...y a veces tengo que pensar qué palabra se supone que debería usar aquí y... una cosa tan extraña... y ellas, saldrán automáticamente la mayoría de las veces y otras veces, la misma palabra...digo «Vale, ¿por qué uso esta palabra?» «¿Es vaso?» Me estaré preguntando.

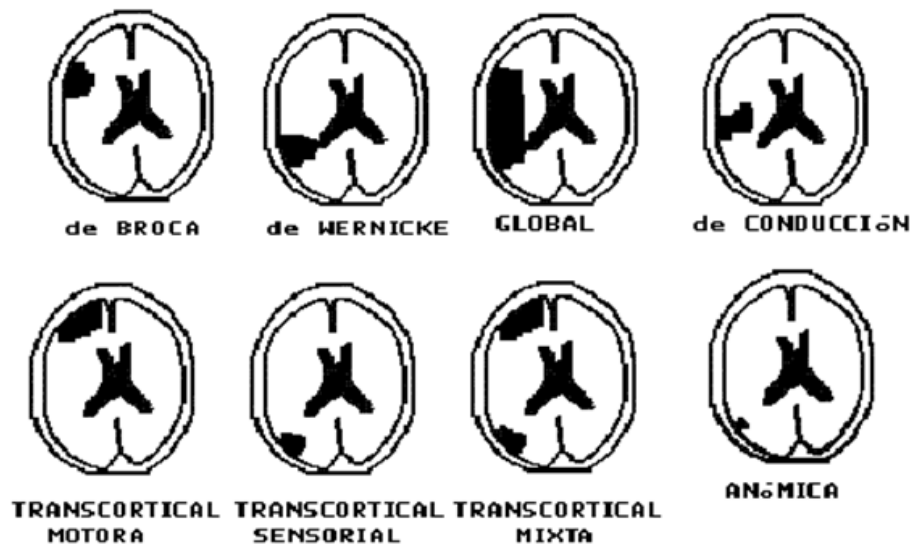


Figura 1. Tipología de afasias. Fuente online: <http://bitacoracerebral.blogspot.com.es/2008/06/otros-tipos-de-afasias.html>

4.3. Cuadro de clasificación.

	AFASIA NO FLUENTE				AFASIA FLUENTE			
	AFASIA DE BROCA	AFASIA GLOBAL	AFASIA MOTORA TRANSCORTICAL	AFASIA MIXTA	AFASIA DE WERNICKE	AFASIA DE CONDUCCIÓN	AFASIA SENSORIAL TRANSCORTICAL	AFASIA ANÓMICA
Expresión	No fluente	No fluente	No fluente	No fluente	Fluente, parafasia	Fluente	Fluente, parafasia y ecolalia	fluente
Compresión	Relativamente normal	anormal	Relativamente normal	anormal	anormal	normal	Muy anormal	Normal o leve defecto
Repetición	Anormal	anormal	Conservada (ecolalias)	ecolalia	anormal	anormal	buena	buena
Anomia	Anormal	anormal	Anomias residuales	normal /anormal	anormal	Usualmente anormal	Defectuosa	defectuosa

Figura 2. Cuadro sinóptico.

5. Caso práctico.

El caso práctico de afasia se centrará en un paciente varón de 68 años de edad diagnosticado con afasia mixta (de predominio sensitivo). Posee estudios secundarios e idiomas y se dedica a la profesión de comercial de empresa informática. La siguiente serie de ejemplos constituidos por producciones del paciente tuvo lugar tres meses después de que éste sufriera un accidente cerebro-vascular (ACV); su lenguaje resulta estar muy afectado del mismo modo que su comprensión. Veamos los siguientes errores que caracterizan este tipo de afasia.

- Errores fonológicos y parafasias fonémicas. Vemos tanto omisiones como sustituciones de fonemas:

Paciente: ((pa escribir-)) pa **trabar**

Cora- cor- coraje

Sí coraje/**car-** casi- casi

Corajeña- coraje- coraje no no: neologismo

No/ yo por televisión/ las cosas/ aunque yo no me veo- **de visión**: sustitución y omisión de fonemas

Juno, julio, agosto, **setiembre,** octubre: omisión de fonema

- Errores gramáticos: nos encontramos con las estereotipias (en cursiva) y los circunloquios (en negrita):

Paciente: sí/ lo mantengo y siempre- siempre *tarararará*

Sí entonces yo hablo con la gente *rará*

[...] nosotros tenemos un nombre/ un nombre distinto/ la silbaster// eeh **sentar-sentar- acostarse- acostarse**

Pencil- pencil- penfil/ **pe- pe- pe- pa escribir**

Sí/ éste es **pa- pa pasar el- pa**

Silla/ pa sentarse

Al paciente se le muestra un lápiz y éste contesta con el nombre del mismo en inglés, apoyándose, después con un circunloquio:

Examinador: ¿y el siguiente?

Paciente: Pencil- pencil- penfil/ pe- pe- pe- pa escribir

- Errores léxicos: podemos ver las anomias que sufre el paciente (el paciente no encuentra la palabra adecuada) sobre todo en la denominación y en la repetición:

Paciente: no/ no lo ((tomo))/ a veces no me sale- no me salee en- ((por ningún lao))

Pero- pero cómo se llama una palabra- la palabra/ es que no la nombro- no la pronuncio

un árbol/ uun no ((sé yo si un-)) unn aa-abridor((¡aay!))// PUES NO LO SÉ AHORA CÓMO ((SE LLAMARÁ)) / no sé en este momento no me acuerdo de na//

en este momento no me acuerdo

no lo sé// no lo sé cómo/ que no sé hablar

ter- sé lo que es pero noo// te puedoo

¡ah!/ ahora es más difícil/ ahora es más difícil// ¿cómo le llaman ustedes?

sí/ pero no la pronuncio/ no la puedo pronunciar

no/ no la pronuncio

católico/ no/ no sé/ no sé cómo se dice

- Errores semánticos especialmente en el proceso de denominación y repetición:

Al paciente se le pregunta si era diestro o zurdo y contesta con una palabra que puede ser considerada como sinónimo;

Paciente: Derecho

El paciente tiene que denominar una cuna para niños y para ello emplea un verbo semánticamente similar: ‘sentar’

Examinador: ¿Eso qué sería?

Paciente: una soo- senteno/ un- una bru/ eeh no sé cómo le llaman ellos a usted/ nosotros tenemos un nombre/ un nombre distinto/ la silbaster// eeh sentar- sentar- acostarse- acostarse

La palabra objetivo es ‘avellana’, sin embargo, el paciente la sustituye con otra en el mismo campo semántico de la comida:

Examinador: El avellano

Paciente: la avena-/ la avena-/ la avena

Durante la denominación de objetos, la palabra objetivo es ‘termómetro’ y el paciente contesta con otra palabra:

Examinador: ter mo

Paciente: motivo/ mm sí sé cuál es pero no

En cuanto a la tarea de repetir palabras, al paciente se le propone repetir la palabra ‘morado’ pero éste contesta con otra palabra:

Examinador: morado/ morado

Paciente: marrón

6. Conclusiones.

Partiendo del presente trabajo, en lo referente a la relación existente entre lenguaje y cerebro, se puede concluir que la afasia se trata de un trastorno del lenguaje que puede afectar tanto a expresión como a la comprensión y que se desarrolla a partir de una lesión en áreas localizadas del cerebro que están relacionadas con el lenguaje y, por tanto, tiene lugar una vez que el lenguaje ha sido adquirido. Abordando la afasia desde un punto de vista histórico, se han observado las numerosas aportaciones de varios autores significativos como son, entre otros, P. Broca y C. Wernicke, proponiendo modelos y teorías que han contribuido de forma importante al desarrollo de la afasia y así como al estudio de la misma.

Es visible el problema que supone proponer una clasificación para los tipos de afasias y han sido varias las clasificaciones expuestas. A partir de ahí surgen problemas que dificultan la clasificación de los pacientes afásicos dentro de un grupo concreto debido a la sintomatología que manifiestan. Por lo tanto, se ha podido concluir que no existen tipos de afasia sino pacientes afásicos considerando que la individualidad de los síntomas de los pacientes afásicos se corresponde con el número de sujetos afásicos que existen.

Así, cumpliendo con los objetivos expuestos previamente, se propone una tipología de afasia que recoge las distintas características, desde un punto de vista lingüístico, correspondientes a cada grupo como son el lenguaje espontáneo, la comprensión, la anomia y la denominación. Esta propuesta de tipología de afasia se basa en clasificar ésta partiendo del lenguaje. De este modo, se puede distinguir dos grandes bloques en los que se clasifican los tipos de afasia como son afasia fluente y afasia no fluente.

Esta propuesta de clasificación de afasia se aplica al caso práctico visto en el último punto del trabajo; en él se puede apreciar los rasgos, bajo un punto de vista lingüístico, que afectan al paciente que padece, en este caso, afasia mixta con predominio sensorial.

Por lo tanto, en cuanto a los trastornos relacionados con el habla, la afasia supone uno de los campos más desconocidos en lo referido a la heterogeneidad de la sintomatología y, además, de lo que aún queda por conocer sobre el funcionamiento cerebral teniendo en cuenta este trastorno.

7. Referencias bibliográficas

- Caplan, D. (1987). *Neurolinguistic and Linguistic Aphasiology*, Cambridge: CUP. [trad. Introducción a la Neurolingüística y al estudio de los trastornos del lenguaje (1992), Madrid: Visor, pp. 177-195].
- Cervantes, M. (2005), *La afasiología en el marco de la lingüística*. Tesis de licenciatura presentada en la Universidad de Saarbrücken.
- Diéguez-Vide, F., Peña-Casanova, J. (2011). *Cerebro y lenguaje: sintomatología neurolingüística*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Garayzábal Heinze, E, (2009). “*La lingüística clínica: teoría y práctica*”. *Estudios de Lingüística* (Universidad de Alicante), Número Extraordinario 1, dedicado a Investigaciones lingüísticas en el siglo XXI, pp. 131-168.
- Goodglass, H. y Geschwind, N. (1976). *Language Disorders (aphasia)*. En E.C. Carterette y M. Friedman (eds.), *Handbook of perception*, vol. 7. Academic Press, Nueva York.
- Helm-Estabrooks, N., Martin, L. (2005). *Manual de Terapia de la Afasia*. (2ª ed.), Madrid: Panamericana.
- Jiménez Hornero, M. P. La afasia: clasificación y descripción. *Revista digital* [en línea]. Noviembre 2011, vol. 1, nº48. [fecha de consulta: 25/04/2015]. Disponible en: http://www.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/iee/Numero_48/MARIA_DEL_PILAR_JIMENEZ_HORNERO_01.pdf
- Martínez Sánchez, J. M. Neurolingüística: patologías y trastornos del lenguaje. *Revista digital universitaria* [en línea]. 10 de diciembre de 2008, vol. 9, nº12. [fecha de consulta: 12/03/2015]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.9/num12/art103/int103-1.htm>
- Paredes Duarte, M. J., Varo Varo, C. (2006), “Lenguaje y cerebro: conexiones entre la Psicolingüística y la Neurolingüística”, *I Congreso Nacional de Lingüística Clínica (Valencia 7-10 de noviembre de 2006)*, Publicación electrónica.

- Paredes Duarte, M. J. (2009), "El estudio de los trastornos del lenguaje desde una perspectiva historiográfica: los siglos XIX y XX", García Martín, J. M. (dir.), Bastardín Candón, T. y Rivas Zancarrón, M., *Estudios de Historiografía lingüística*, Cádiz, Universidad de Cádiz.
- Peña-Casanova, J. (2007). *Neurología de la Conducta y Neuropsicología*. Madrid: Médica Panamericana.
- Rodríguez, S., Smith-Agreda J.M. (1998). *Anatomía de los órganos del lenguaje, visión y audición*. Madrid: Médica Panamericana.
- Schwartz, M. (1984). What the classical aphasia categories can't do for us, and why. *Brain and Language* 21, 3-8.
- Vendrell, J. M. Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revista de Neurología* [en línea]. 1 de junio de 2001, vol. 32, nº10. [fecha de consulta: 20/05/2015]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/afasia_semiologia_y_tipos_clinicos.pdf

Web

- Gallego Henao, D. (2008). *El cerebro y las palabras*. 20 de mayo de 2015, de Sitio web: <http://bitacoracerebral.blogspot.com.es/2008/06/otros-tipos-de-afasias.html>
- *La afasia* (s.f). Recuperado el 31 de marzo de 2015, de <http://www.apepalen.cyl.com/diversidad/diver/logope/AFASIAS.HTM> [fecha de consulta: 20/04/2015].