

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

La rehabilitación del afásico

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Manuel de la Fuente González

DIRECTOR:

Luis Pablo Rodríguez Rodríguez

Madrid, 2015

FUE

TA 1591

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Radiología y Fisioterapia

AGREGACION DE REHABILITACION

Prof. L.P. Rodriguez Rodriguez

"LA REHABILITACION DEL APASICO"

Tesis presentada para optar
al Grado de Doctor por
MANUEL DE LA FUENTE GONZALEZ
dirigida por el Prof.
LUIS PABLO RODRIGUEZ RODRIGUEZ



BIBLIOTECA U.C.M.



5306818632

El autor quiere agradecer muy sinceramente la colaboración recibida, en la realización de esta Tesis, por parte de todos los pacientes y personal de los Servicios de Rehabilitación de los Hospitales Central de la Cruz Roja y Militares Generalísimo Franco y Gómez Ulla de Madrid, a la Asociación Iberoamericana de Rehabilitación, al Departamento de Educación Especial de CCC y al Prof. Luis Pablo Rodríguez Rodríguez por su interés y graciable ayuda para llevarla a cabo.

SUMARIO.
=====

	<u>Págs.</u>
0. INTRODUCCION	1
1. NEUROPSICOLOGIA DEL LENGUAJE Y CONCEPTO DE AFASIA ..	3
2. LA SISTEMATICA CLASIFICATORIA DE LAS AFASIAS	22
1. Las clasificaciones clásicas	26
2. Las teorías unitarias	45
3. Las clasificaciones de fundamentación lingüística	56
4. Las clasificaciones reflexológicas	60
5. Las clasificaciones pragmáticas o valorativas ...	64
6. Las clasificaciones clínicas	74
3. LA DOMINANCIA HEMISFERICA EN LA PSICOFISIOLOGIA DEL LENGUAJE. IMPLICACIONES EN LAS AFASIAS	82
Estudio estadístico sobre la lateralización	
1. Material y método	94
2. Resultados obtenidos	97
3. Discusión y comentarios	101
La reeducación de la lateralidad	109
4. FACTORES CONDICIONANTES DEL PRONOSTICO Y EVOLUCION DEL SINDROME AFASICO	143
1. El estado intelectual	146
2. Colaboración. Estado anímico. Motivaciones	148
3. Colaboración familiar	150
4. Características del medio social	152
5. Factores ecológicos	154
6. Antecedentes biográficos	158
7. Nivel intelectual y cultural previo	160
8. Edad	162

9. Dominancia hemisférica	164
10. Peculiaridades personales en la adquisición de los códigos comunicativos.....	165
11. Herencia genética. Constitución	166
12. Etiología	167
13. Extensión, localización, características de la lesión cerebral responsable.....	169
14. Tratamientos médicos y quirúrgicos	171
15. Estado general del paciente	172
16. Presencia de otras alteraciones neurológicas	173
17. Tipo y profundidad de la afasia	175
18. Capacidad de restablecimiento espontáneo	176
19. Tratamiento reeducador aplicado	177
5. LA SINTOMATOLOGIA AFASICA Y SU REEDUCACION	
SISTEMATICA	179
<u>Los trastornos expresivos: Estudio clínico-estadís-</u> <u>tico sobre un contingente de afásicos</u>	184
1. La reducción general de la expresividad verbal ..	187
2. Anomias	192
Estudio sobre un índice lingüístico de abstrac- ción-concreción	199
1. Material y método	200
2. Resultados obtenidos	204
3. Discusión y comentarios	206
3. Estereotipias.....	213
4. Perseveraciones	216
5. Ecolalia	227
6. Agramatismo	229
7. Jergafasia	236
8. Parafasias y neologismos	240
Estudio sobre un test lingüístico de provoca- ción parafásica. 1. Material y método	245

2. Resultados	246
3. Discusión y deducciones reeducativas	256
9. Irrepeticiones	264
10. Disprosodia y otros trastornos entonativos	268
11. Apraxia buco-linguo-facial	271
12. Trastornos articulatorios	276
Listas de material fonético-semántico	279
13. Latencia y fatigabilidad patológicas	295
Estudio sobre respuestas antónimas en afásicos.	296
14. Alteraciones de otras formas de expresividad ..	304
Listas de acciones gestuales	308
15. Agrafias	312
<u>Los trastornos comprensivos: I. El lenguaje verbal .</u>	<u>346</u>
La aplicación comprensiva de los sonidos na- turales	359
2. El lenguaje escrito. Las alexias	363
Actividades reeducativas con palabras apófonas.	370
3. El lenguaje matemático	384
4. La música	397
5. Las anomalías cromáticas	399
Estudio sobre la arbitrariedad lingüística cro- mática	399
6. LOS TRASTORNOS AGNOSO-APRAXICOS ACOMPAÑANTES A LOS CUADROS AFASICOS Y SU REEDUCACION	404
La denominación del cuerpo y del espacio	410
Estudio sobre la afectación espacial en sujetos con lesiones cerebrales	415
Ejercicios de verbalización espacial	442
7. LA METODOLOGIA REHABILITATIVA DEL AFASICO	449
La reeducación específica	454
1. Las sesiones terapéuticas	456
2. El terapeuta	461

3. El material reeducador	465
La reeducación inespecífica	475
8. LA VIDA COMUNITARIA Y LABORAL DEL AFASICO	491
9. CONCLUSIONES	503
10. BIBLIOGRAFIA	508

- 0 -

INTRODUCCION

La Rehabilitación, como especialidad médica, se ocupa de los individuos afectados de síndromes invalidantes y desde una perspectiva específica en la que concurren aportaciones pluridisciplinarias varias y técnicas propias.

La presente Tesis se ocupa de la "Rehabilitación del afásico" y para ello se cuestiona la integración de materiales procedentes de la lingüística, neurología, psicología, logoterapia y sociología entre otras ciencias. Todo ello con el fin de establecer las bases para la mayor autosuficiencia personal, social y emocional del afásico, objetivos finales de la especialidad o, dicho de otra forma, lograr su mejor dignificación, felicidad y humanización.

Técnicamente se ha hecho especial hincapié en algunos puntos que se consideraban más importantes reeducativamente, como la estructuración de la dominancia cerebral, la comparación entre la sintomatología afásica y los mecanismos lingüísticos normales, y el polimorfismo sindrómico que presentan estos pacientes. Para ello, junto a la correspondiente revisión bibliográfica, se incluyen estudios sobre la fórmula de lateralización, un índice lingüístico de reactividad, las denominaciones parafásicas, antónimas y cromáticas, los deterioros espaciales, la frecuencia de síntomas y la recogida de tareas gráficas realizadas por afásicos. Junto a ello se hace una selección de material fonético, conceptual y de grafismos de cara a los tratamientos recuperativos, hacia los que se enfocan, además, todos los datos que aquí se tratan.

En último término, pero como objetivo esencial, se pretende la articulación de todos los conocimientos que se tienen sobre la afasia, y demás temas implicados con ella, para lograr la mejor metodología rehabilitativa de estos pacientes.

- 1 -

NEUROPSICOLOGIA DEL LENGUAJE Y CONCEPTO DE AFASIA.

El lenguaje es un privilegio neuropsicológico exclusivo de la especie humana que permite a los hombres intercambiar sus experiencias y conocimientos, manifestar sus deseos y necesidades y exteriorizar sus vivencias, emociones y afectos. Ha hecho posible que, junto a la estrictamente biológica, el hombre haya experimentado una evolución sociocultural en la que la transmisión, mediante la palabra, de los sucesivos hallazgos técnicos cambia sustancialmente el modo de existir los individuos agrupados comunitariamente. De este modo el lenguaje actúa de aglutinante social y de instrumento transformador del entorno humano que queda modificado, remodelado y dotado de dimensiones nuevas. El hombre aparece íntimamente ligado en su esencia al lenguaje ya que, como vemos, le marca sus límites ecológicos y existenciales.

El lenguaje es, pues, una peculiar forma de comunicación en la que sobresale como nota configurativa dominante el empleo de los símbolos, entendiendo por tales aquellos objetos perceptuales cuya relación con lo que representan es convencional o arbitraria. Para PAVLOV es un sistema de señales de segundo orden en el que su forma o elemento más simple, o sea la palabra, es la señal de una señal. Ahora bien el primero y segundo sistema de señales acaban en el hombre por establecer unas peculiares relaciones, que IVANOV-SMOLENSKY denomina estructura dinámica, mediante las cuales el segundo sistema de señales adquiere una preponderancia tal que, aumentando sus posibilidades y radio de acción en el contexto general de las funciones mentales superiores, le permite la elaboración de nociones abstractas y gramaticales que llegan a perder su correspondencia directa con la realidad senso-física circundante y se canalizan hacia el campo de la especulación lingüística del pensamiento.

Según la misma escuela reflexológica, la palabra, mediante un mecanismo denominado "irradiación electiva" que se lleva a cabo mediante la interacción de fenómenos de excitación-inhi-

bición-inducción a nivel cortical, se aleja sucesiva y progresivamente de su equivalente físico primitivo de tal manera que da lugar a los mecanismos de generalización, síntesis y simbolización intelectivas.

Ontogenéticamente estas peculiaridades del lenguaje se pondrían de manifiesto de modo particularmente claro. En un principio, correspondiente a la etapa sensorio-motriz de PIAGET, la palabra sería simplemente la señal de una señal en su acepción más restringida y sustantivizada y, a partir de aquí y mediante la irradiación electiva, adquiriría un carácter más complejo en el que el mensaje comunicativo no solo entrañaría un carácter más complejo y abstracto, en cuanto a la calidad de la palabra en sí, sino que igualmente posibilitaría la asociación de varias de ellas, según determinadas leyes, para ampliar la variedad comunicativa y su profundidad significativa. Todo ello daría lugar a las frases y al discurso en general.

La comunicación, y de forma más concreta el lenguaje, aparece desde su nacimiento ligada a las actividades biológicas (como ya señaló DARWIN al ocuparse de lo que sucedía al respecto en los animales) y de manera especial a la acción motórica y al hacer o trabajo en grupo. Junto a esta modalidad originaria se desarrolla la comunicación emocional y, más adelante aún, la tendencia a la abstracción como impulso de la mente humana que tiende a evolucionar de lo concreto a lo abstracto como consecuencia de sus posibilidades de generalización. De este modo logramos irnos alejando de la realidad inmediata, tomamos distancia respecto a ella, y nos proyectamos tanto hacia el pasado como hacia el futuro en un plano temporal que sobrepasa las coordenadas tridimensionales espaciales.

De todo lo anterior se deriva la importancia de los idiomas, entidades instrumentales finales, como configuradores culturales del mundo (SAPIR-WHORF), de la psicología de las comunidades y también incluso de las exteriorizaciones artísticas y folklóricas.

cas (BONFANTE).

La demanda lingüística hacia la acción trae consigo el que con el lenguaje pretendamos actuar sobre otra persona, desencadenarle una respuesta de una u otra índole (BLOOMFIELD). Ello no es en modo alguno sencillo ya que el carácter personal del lenguaje, cada sujeto tiene su lenguaje propio, exige no solo el compartir el mismo código convencional con el interlocutor sino incluso un sustrato básico de experiencias comunes para que se establezca una identidad significativa entre los parlantes. Por eso BUYSENS afirma que mediante el lenguaje la misma realidad se aborda desde tres perspectivas no exactamente superponibles como son el punto de vista social, el del que habla y el del que escucha.

Las notas lingüísticas delimitadoras de la persona facilitan la construcción del YO, de la mismidad, de la conciencia de existencia y de entidad autónoma e independiente. Las circunstancias de cada sujeto, de carácter social, económico, cultural y psicológico, hacen que cada cual "comprenda" la realidad de su entorno de un modo especial (CASTILLA DEL PINO) lo que crea una situación conflictiva, como contrapartida, desde el momento que es el origen de barreras comunicativas de origen socio-cultural en donde determinadas cosas no se pueden intercambiar lingüísticamente por prohibiciones sociales. Así se establecen las fronteras entre el lenguaje permitido y el que no lo es bajo la amenaza de determinadas acciones coercitivas comunitarias.

Lo hasta aquí expuesto nos lleva ineludiblemente a plantearnos las relaciones existentes entre pensamiento y lenguaje. Ante todo hay que decir que el carácter convencional y social del lenguaje merma sus posibilidades comunicativas en parte, al menos en profundidad, ya que las experiencias, pensamientos y emociones humanas no se traducen con absoluta fidelidad a los códigos lingüísticos. Sin embargo el empleo de esta entidad, de por sí neutra, permita que se erija en plataforma de convergencia de los deseos comunicativos de individuos distintos que

así logran intercambios ideativos parciales pero lo suficientemente amplios para llegar a un entendimiento que permita su coexistencia.

Pensamiento y lenguaje, aunque no son lo mismo, se complementan, potencian y autovehiculan. Inicialmente tienen un origen y desarrollo diferentes, pero llega un momento en que se encuentran y a partir de entonces caminan indisolublemente unidos hasta tal punto que, según LURIA, dan lugar a un peculiar modo de actuar la actividad nerviosa superior humana. PICK ha analizado los sucesivos pasos mediante los cuales pensamiento y lenguaje se articulan. Son los siguientes:

- a) Estadio del pensamiento indiferenciado o actitud inicial primaria.
- b) Pensamiento estructurado e estadio de análisis y síntesis de la intencionalidad en el tiempo y el espacio que para VON VORKOM sería de importancia capital para la mejor comprensión del problema de las afasias.
- c) Esquema o croquis de las frases a emplear.
- d) Elección adecuada y correcta de las palabras.

La disociación entre pensamiento y lenguaje quedaría bien patente, como caso extremo, en el mero verbalismo. Por el contrario la máxima potenciación entre ambos la encontraríamos en los tropos de la preceptiva literaria o en las especulaciones filosóficas, en donde las palabras adquieren dimensiones e intencionalidades inéditas hasta entonces.

El lenguaje es una entidad en la que es posible distinguir dos facetas distintas pero indisolubles. Una es la fonética, es decir el aspecto sonoro del lenguaje oral, y la otra la semántica, o el contenido significativo que la primera es capaz de llevar consigo. Una y otra corresponden a las nociones de significante y significado, en acepción que SAUSSURE adjudica a la función simbólica en general, y de la que el lenguaje constituye una parte si bien la más evolucionada y compleja.

Ambos aspectos se estructuran de un modo peculiar y abierto mediante la utilización, según innumerables posibilidades combinatorias, de unidades elementales.

El fonema es la unidad fonética. Es posible en el hombre gracias a la capacidad de disponer de determinadas formas sus órganos fonatorios, inervados por el S.N.C., que es en definitiva el rector y último responsable de su funcionalismo. Cada posición o situación de estos órganos periféricos se denomina rasgo.

El monema es, por el contrario, la unidad significativa menor y el conjunto de varios de ellos, para dar lugar a un mensaje, recibe el nombre de sintagma.

Fonemas, monemas y sintagmas se ven, a su vez, matizados por los contextos situacionales, fonéticos y significativos en que se emiten o reciben, con lo que las posibilidades comunicativas del hombre aún se extienden y complican más. Las analogías, o el compartir elementos fonéticos y semánticos comunes, establece nuevas formas lingüísticas como, los paradigmas, campos, sistemas, etc. de cuyo estudio se derivarían sugestivas interpretaciones del hecho comunicativo pero que se apartan de nuestro tema principal.

Lo que si es interesante resaltar es que en el abordaje de la patología del lenguaje, en la que la afasia ocupa un papel descolante, no se olvidarán en modo alguno estos modos operativos y estructurales lingüísticos, pues de lo contrario se obtendría una visión estrecha y superficial de lo que realmente sucede en la comunicabilidad del paciente afásico. Las íntimas relaciones entre pensamiento y lenguaje, incluyendo entre medias de ambos lo que PIERRE MARIE denominó "lenguaje interior", refuerzan más la necesidad de tener en cuenta todas las vertientes capaces de aportar algo al conocimiento e interpretación del lenguaje.

Otros punto a tocar antes de pasar más adelante es el de la jerarquización de la utilización lingüística. Cabe al respecto

citar los siguientes estratos:

- El lenguaje emocional, exclamativo, en el que las palabras o sonidos acompañan a la acción o a la emoción sin que se establezca entre ambas un distanciamiento reflexivo, o una disociación en cuanto a su direccionabilidad. Es el más primitivo onto y filogenéticamente y se relaciona con las onomatopeyas y glosolalias. Se incluye también el gesto o la mímica espontánea y el grito significativo. Es típico del niño y carece del control conductal necesario para que se establezca un compromiso dialéctico entre las necesidades y motivaciones personales y las exigencias del medio ambiente o las imposiciones sociales, tal como ocurre más adelante.
- El lenguaje automatizado, constituido por frases muy empleadas que llegan a perder su significado primitivo o textual. Son las frases hechas del individuo normal que se emplean diariamente con bastante frecuencia en diversas situaciones. Igualmente corresponde a las manifestaciones de puro verbalismo en donde el que habla no tiene verdadera conciencia del significado de sus palabras o frases por ignorancia o falta de las experiencias y vivencias necesarias.
- El lenguaje ligado a la acción inmediata pero complementándola y enriqueciéndola. Es el genuino segundo sistema de señales en el sentido de que la palabra sustituye a algo concreto objetual o sensorial. Su órbita es sin embargo el mundo de lo tangible, de la acción percibida o representable.
- El lenguaje narrativo y rememorativo, en el que se incluyen factores tan importantes como el tiempo (es decir el presente, pasado y futuro) o la traslación ideal del espacio.
- El lenguaje especulativo, que se adentra por los caminos filosóficos, literarios o en general, de profunda abstracción. Corresponde a lo que GOLDSTEIN llamaba "actitud categorial", o capacidad de penetrar en los dobles sentidos de las palabras o en sus últimos significados.

En cada uno de estos niveles hay diferentes estadios evolutivos que conllevan diferentes grados de complejidad. Las diferenciaciones que se establecen entre ellos son, además, no siempre fáciles de separar por un observador en primera instancia ya que comparten los mismos elementos, es decir las palabras. También conviene aclarar que la verbalización es tan sola una parcela de las posibilidades de comunicabilidad de un sujeto que se encuentre ante una determinada situación. De ahí que convenga distinguir:

- 1º.- Los diferentes canales comunicativos del individuo, de los que el lenguaje oral es uno, considerados desde un punto de vista neuropsicológico y susceptible de unos entrenamientos y aprendizajes específicos a lo largo de la vida capaces de mejorarles, modelarles y desarrollarles en distinto grado según las posibilidades individuales personales y las ocasiones que surjan a lo largo de los años.
- 2º.- El contexto social, e incluso cultural, en donde se vayan a poner en práctica los resortes comunicativos anteriores y que, en definitiva, será el condicionante de que éstos resulten eficaces a su poseedor. La eficacia se valora en términos de subvenir las propias necesidades y de libertad, dignidad y felicidad, entre otros rasgos que se consideran típicos de la humanización.

Otro gran tema del lenguaje es el de cual es su substrato anatomo-funcional dentro del Sistema Nervioso Central del hombre. Realmente no nos es conocido de modo exacto y minucioso. Seguramente ello es debido a que al tratarse de un fenómeno de tan gran complejidad todo el organismo interviene de un modo u otro en él. Hay que hablar de una confluencia plurifactorial de estructuras y funciones que explican que el lenguaje de cada uno posea particularidades significativas, conceptuales, específicas. En los sujetos que padecen alguna minusvalía sensorial, o hasta de otro tipo, resulta ello manifiesto. El habla del invidente o

del sordomudo, por ejemplo, tiene rasgos propios, objetivables en un examen cuidadoso, que la separan de la del resto de las personas.

Pero considerando, ya más concretamente, el S.N.C. resulta evidente que todo él colabora en que sea posible la verbalización, aunque existen algunas determinadas zonas a las que se achaca una mayor responsabilidad. Al menos en lo que concierne a los aspectos comprensivo-elaborativo-expresivos que son los más directamente implicados en el síndrome afásico.

A nivel cortical ALAJOUANINE considera una región responsable sobre todo de la recepción comprensiva, estaría situada en la primera circunvolución temporal, áreas 22 y 52, para la información acústica, y en las áreas paraestriadas 18 y 19 para la visual. La expresividad verbal dependería del pie de la tercera circunvolución frontal, área 44, y extendida para algunos hacia la parte vecina del lóbulo parietal. También se invoca la llamada área motora suplementaria de la cara interna del hemisferio (PENFIELD).

Respecto a la manipulación gráfica, del lenguaje escrito, se valora el área 6, en el pie de la segunda circunvolución frontal.

La región situada entre los territorios descritos, para la comprensión y expresión, tiene una gran importancia por actuar como base integradora y elaboradora general del lenguaje. Se trata fundamentalmente de la porción posterior de la primera circunvolución temporal, clásicamente denominada área de WERNICKE, del giro supramarginal (área 40), del pliegue curvo (área 39) y del área 37.

Todos estos territorios se refieren al hemisferio izquierdo y deben ser considerados como campos córtico-subcorticales que establecen infinidad de asociaciones con el resto del encéfalo y, de un modo mal conocido, con el hemisferio contralateral. Las relaciones entre la dominancia cerebral y las funciones comunicativas ligadas a la manipulación, esquema corporal, espa-

cialidad, conciencia y lenguaje serán ampliamente tratadas en otro lugar dada la trascendencia del tema para la rehabilitación del afásico.

En cualquier caso el estudio de las localizaciones cerebrales del lenguaje ha sido siempre, desde GALL, polémico. Las estimulaciones eléctricas del parénquima cerebral algo han aportado, lo mismo que los estudios anatómo-patológicos, pero el carácter eminentemente funcional y dinámico de estas funciones brinda a unos y otros autores la opción de defender criterios diversos. El conocimiento de las redes vasculares encefálicas y sus lesiones, a partir de los clásicos trabajos de FOIX y MOUTIER introducen otro campo de acción investigador.

Se ha querido establecer un paralelismo entre determinadas formas del síndrome afásico y sedes lesionales específicas. Las clasificaciones del mismo tienen en parte este origen pero cuando se pretende llevar esta idea a sus últimas consecuencias los resultados no son en modo alguno satisfactorios, al menos por ahora. Ello no es óbice para restar interés a la cuestión. Lo mismo cabría afirmar de las causas capaces de provocar un cuadro afásico de las que la literatura médico-quirúrgica recoge infinidad de ellas y así se citan etiologías traumáticas, infecciosas, tóxicas, tumorales (en su sentido más general), parasitario, degenerativo, inflamatorio, metabólico, etc.

Desde el punto rehabilitativo el problema se centra en el individuo que, por uno u otro motivo, sufre una agresión en su S.N.C. que le origina una afasia en la que es necesario desentrañar toda su sintomatología, todos los elementos que de un modo u otro influyen sobre ella y los factores capaces de modificarla para, a partir de ese conocimiento y de su ulterior devenir, se establezca una estrategia capaz de neutralizarla al máximo.

Pero ¿en qué consiste el síndrome afásico?. Las afasias han sido definidas de distintos modos, aunque sin grandes contradicciones, según la orientación neurológica, psicológica o lingüis-

tica sustentada por quien la define. De entre todo el conjunto de definiciones cabe citar las que seguidamente se recogen.

Para CHARCOT es la pérdida de la facultad que posee el hombre de expresar su pensamiento mediante signos, es decir de lo que KANT denominaba "facultas signatrix". DEJERINE persevera en esta línea al decir que es una perturbación del lenguaje caracterizada por la desaparición de los signos por medio de los cuales el hombre civilizado intercambia ideas con sus semejantes. La noción de "pérdida de la memoria" ha sido muy criticada por considerarse a ésta como una función diferente de la lingüística aunque en ciertos casos se vean nexos indudables (afasia amnésica de PITRES, afasias especiales de políglotas, etc.).

HEAD introduce la consideración de las relaciones pensamiento-lenguaje, al describirlas como la abolición de la facultad de servirse de los símbolos para pensar.

AZCOAGA aborda una perspectiva fisiopatológica y unitaria al considerarla como una alteración de la comprensión lingüística caracterizada por una deficitaria actividad combinatoria del analizador verbal, que le compromete la capacidad de síntesis de proposiciones simples, junto a una desorganización de la elocución en su aspecto semántico sobre todo.

Según AJURIAGUERRA es un trastorno de la expresión o comprensión de símbolos verbales, sin afectación de los instrumentos periféricos de ejecución o recepción, con una participación noética primitiva o secundaria según unos u otros autores. SALES VAZQUEZ y TORRES DE GASSÓ simplifican esta definición al enunciarla como una perturbación del lenguaje por un trastorno de la simbolización que afecta tanto a la expresión como a la comprensión. Esta concepción es, por su simplicidad y claridad, la habitualmente más utilizada.

PEREZ PEREZ trata de abarcar todos los aspectos que concurren

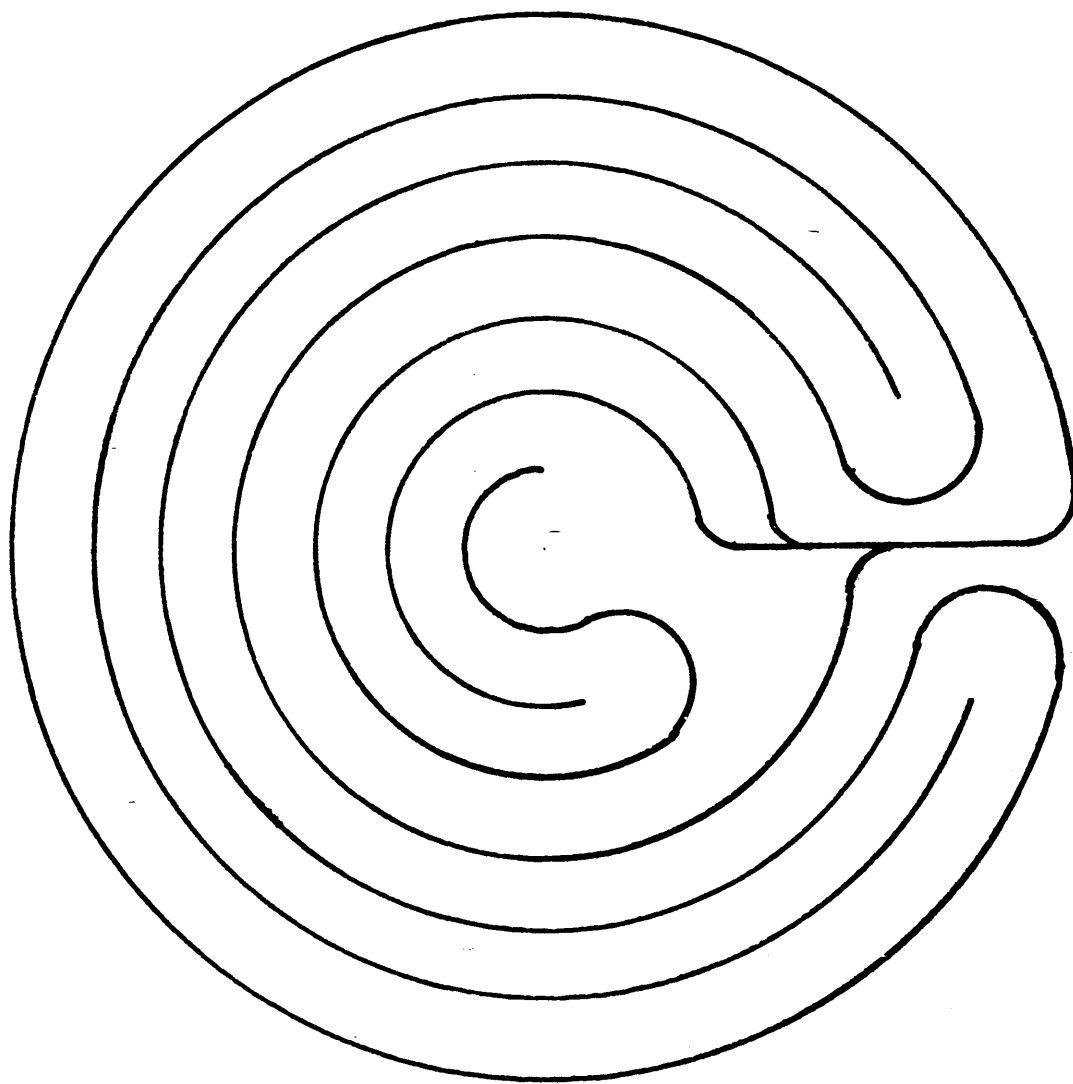
en el síndrome afásico al referirse a una "pérdida o un gran déficit en el terreno que corresponde a la comunicación, principalmente construida por la verbalización, y que se lleva a cabo con los demás hombres, con objetos o con uno mismo. Obedece a lesiones del S.N.C. que perturban los finos y últimos mecanismos expreso-lingüístico-comunicativos, bien sea en su elaboración, ejecución o integración. Acarrea mermas más o menos intensas en lo que se refiere a la facultad intelectual, así como a la afectividad, emocionabilidad, sensorialidad y personalidad. Existe una predilección lesional en el hemisferio izquierdo dada la configuración normativa del S.N. del hombre. Cursa con alteraciones de los dinteles de receptividad. Aumentese todo esto en el componente deteriorativo tanto neurológico como psíquico y social". El autor, como vemos, abarca la compleja problemática afásica en la que, como señala LORD BRAIN, se imbrincan multitud de perturbaciones fisiológicas que originan un gran número de incapacidades psicológicas.

En realidad todos los investigadores que han pretendido llevar a cabo una exposición y sistematización clasificatoria de las afasias las explican, y consiguientemente las definen, de acuerdo a sus concepciones. Así, por ejemplo, tenemos las escuelas regresionistas, como la de JACKSON, en la que se define como una alteración de la capacidad de proposicionar, o la de GOLDS-TEIN para la que se trata de un retroceso hacia lo concreto por desaparición de la órbita más compleja de la abstracción y simbolización. Las aportaciones de la lingüística han dejado su huella y BARRAQUER BORDAS se refiere a ella como trastornos de la capacidad de usar, en su complejo cifrado y descifrado, los elementos significativos del habla (monemas y sintagmas) o sus componentes de función meramente distintiva (fonemas), por su afectación en la selectividad y oposición respecto a su similaridad (en el seno de un paradigma), establecida en el eje léxico o taxinómico, o de su combinación y encadenamiento en la contigui-

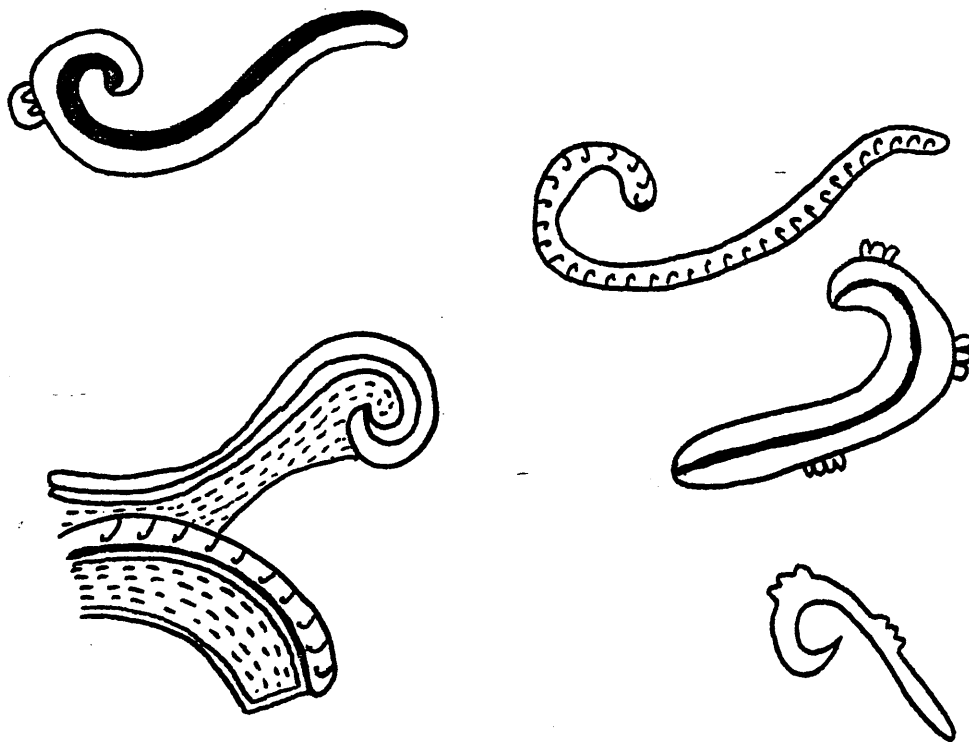
dad de un contexto (en el decurso de un sintagma), indefinidamente generativo en potencia. .

También apuntemos que encontramos autores que no dan ninguna definición, pese a ocuparse ampliamente del síndrome o de su rehabilitación, quizás por considerarla obvia o evidente, lo cual no deja de ser discutible.

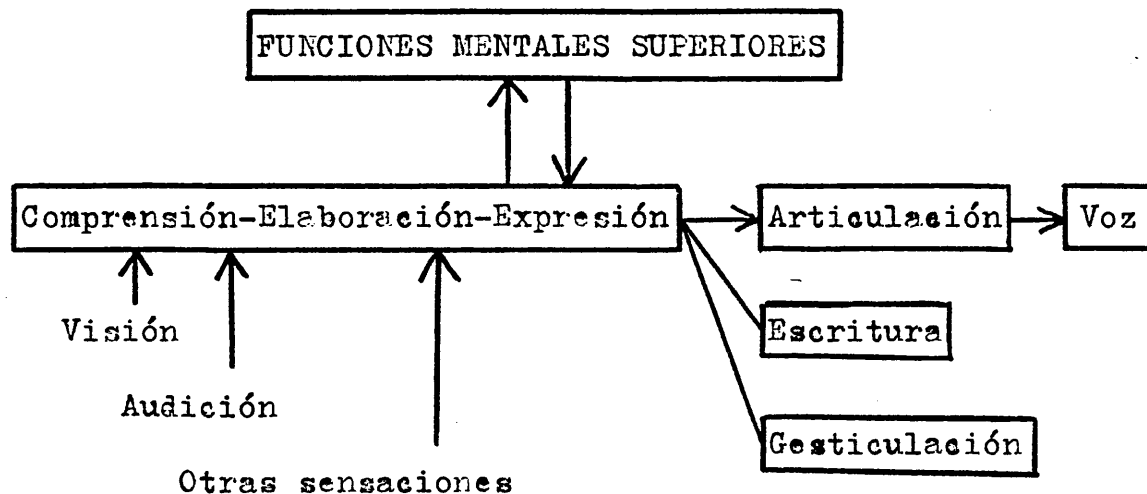
En la práctica los rasgos más llamativos y extendidos del concepto de afasia son los que hacen referencia a un trastorno del lenguaje, en sus aspectos comprensivo-elaborativo-expresivo, debido a una lesión del S.N.C. de individuos en los que ya se había llevado a cabo, total o parcialmente, el desarrollo verbal. De este modo el síndrome afásico queda separado del retraso adquisitivo del lenguaje, de una parte, y de los trastornos articulatorios propios de las disartrias en las que pese a haber una lesión neurológica no se afecta el hecho neuropsicológico que es el lenguaje. Otras entidades logopédicas como las disfemias, dislalias y disfonías quedan suficientemente aisladas y delimitadas respecto a las afasias.



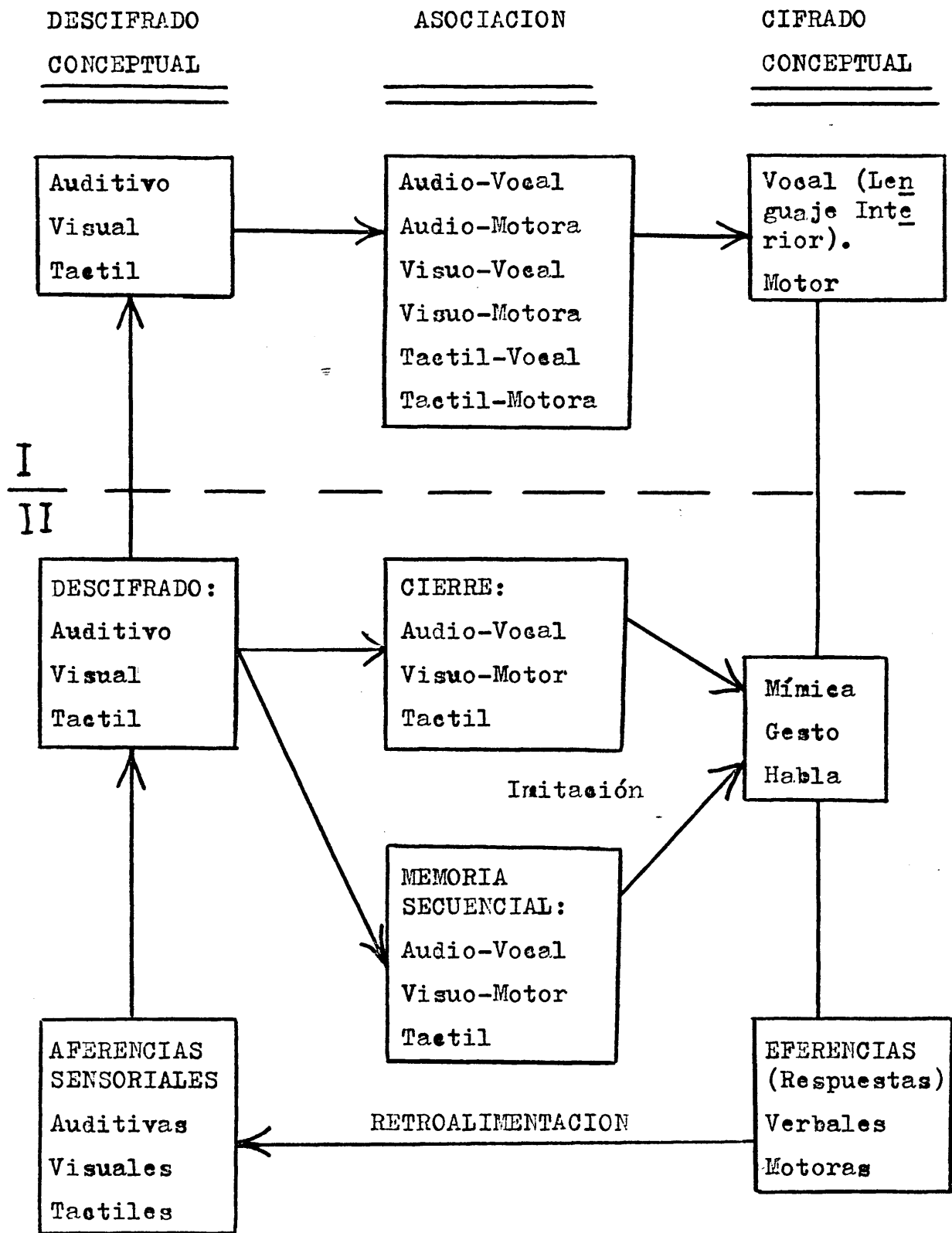
Laberinto ideográfico que representa el camino del pensamiento según los antiguos indúes.



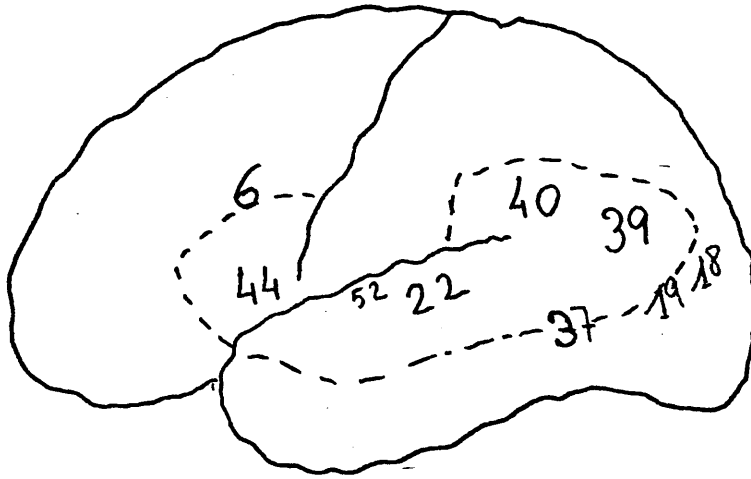
Representaciones gráficas del habla saliendo de la boca de los personajes que aparecen en los frescos de Teotihuacán (México). Se trata de rizos floridos y que corresponden a rezos, salmodias, cánticos, etc. No se trata, pues, de un lenguaje escrito sino de la propia representación del lenguaje verbal. Llama la atención el carácter lineal y secuencial de los dibujos y la tendencia a recogerse sobre sí mismos como haciendo referencia al autocontrol acústico que siempre tenemos respecto a lo que vamos diciendo.



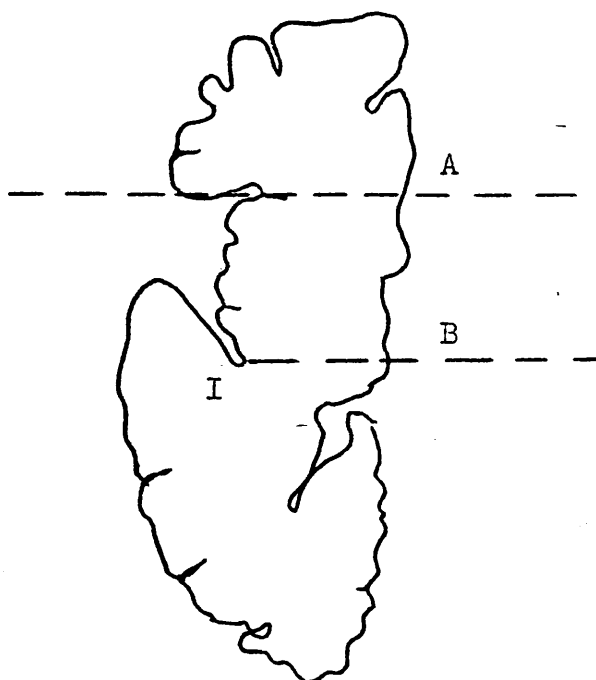
Esquema general de la comunicación humana a través de sus posibilidades funcionales simbólicas o semióticas en donde se representan los significados, es decir las cosas o ideas, mediante significantes. En el caso de la afasia estaría afectado en mayor o menor grado, y predominantemente hacia un lado u otro, el recuadro "Comprensión-Elaboración-Expresión". En las disartrias y dislalias lo estaría el de "Articulación", y en las afonías y disfonías el de "Voz". Alineadas con la articulación se encuentran la escritura y gesticulación ya que el lenguaje gestual y el escrito son equivalentes al verbal. Las Funciones Mentales Superiores dirigen y controlan todos los fenómenos comunicativos a los que dotan en última instancia de su mayor riqueza y profundidad. La comprensión, elaboración y expresión del lenguaje aparecen muy entrelazadas entre sí y de ahí la necesidad de agruparlas juntas.



Modelo del proceso de la comunicación de OSGOOD. I: Nivel representativo o conceptual. II: Nivel secuencial o imitativo-perceptivo.



Croquis simplificado de las zonas corticales que parecen más directamente implicadas en el fenómeno del lenguaje y referidas al hemisferio izquierdo. El area 44 corresponde a la famosa zona de BROCA. La 6 estaría ligada para algunos al control manipulativo de la escritura. Las areas 22 y 52, teniendo en cuenta que ésta última se introduce por el interior del valle silviano, polarizan la recepción comprensiva del lenguaje verbal. Las 18 y 19 están ligadas a los aspectos óptico-verbales. El area 37 y sobre todo la 39, pliegue curvo, y la 40, circunvolución supramarginal, tienen una gran importancia integradora.



Cuadrilátero de PIERRE MARIE: Las lesiones por delante de la línea "A" no originarían ningún trastorno verbal. Entre las líneas "A" y "B", que forman el cuadrilátero, se produce una anartria. Detrás de "B", la afasia genuina o de WERNICKE. La destrucción de la encrucijada marcada por "I" da lugar a la afasia de BROCA (es decir: afasia de WERNICKE + anartria).

- 2 -

LA SISTEMÁTICA CLASIFICATORIA DE LAS AFASIAS.

Uno de los mayores problemas con que se enfrenta cualquier estudio sobre las afasias gira en torno a su concepción como entidad única o múltiple y, en este segundo caso, la descripción y aislamiento de cada uno de sus tipos. Las mismas teorías unitarias también se ven abocadas a efectuar delimitaciones que la aislen de cuadros clínicos vecinos, por lo que de alguna forma participan de los intentos clasificatorios de las corrientes pluralistas.

Los esfuerzos llevados a cabo por muy distintos autores para confeccionar clasificaciones válidas han tropezado con un sinnúmero de dificultades a la hora de querer encuadrar en cada uno de los apartados los cuadros clínicos de la realidad hospitalaria cotidiana. De ahí las críticas que todas ellas han recibido tanto por sus posibles erróneas o insuficientes profundizaciones en el conocimiento del problema en sí, como en cuanto a su aplicación práctica terapéutica reeducadora.

Desde la publicación del primer caso, en 1.861 por BROCA, hasta nuestros días multitud de clasificaciones han sido publicadas y tenido mayor o menor aceptación o fortuna, según las corrientes científicas más en boga en el momento de su redacción. Sin embargo todo este cúmulo dispar ha tenido su contrapartida positiva desde el momento que ha supuesto un acercamiento importante al conocimiento de los fenómenos comunicativos del lenguaje en general y del síndrome afásico en particular. Ahora bien la gran abundancia de criterios ordenatorios causa en el lector en primera instancia una indudable confusión. Una característica fácilmente observable en este multiforme conjunto es el abordaje al problema desde ópticas diferentes y que para LORD BRAIN corresponderían esencialmente a los planos psicológico, psicoanatómico y empírico lo que pondría de manifiesto la posibilidad de que el lenguaje se considere como un fenómeno con sustrato psicológico, fisiológico y anatómico pero que no son en modo alguno superponibles.

Profundizar en la afasia desde un determinado punto de vista

hace que se pierda en parte el criterio globalizador que sería de desear. Las aportaciones procedentes de los campos de la neurofisiología, anatomopatología, lingüística y diferentes corrientes psicológicas (reflexología, conductismo, teoría de la gestalt, estructuralismo), informática, sociología, antropología cultural, psicología animal, pedagogía y otras ramas del acervo técnico y cultural actuales, sin olvidar la fundamentación básica que nos continúa ofreciendo la clínica, han dejado indudablemente sus huellas profundamente marcadas en las concepciones de que hoy día disponemos sobre el lenguaje humano y sus perturbaciones, particularmente la afasia.

Pero las clasificaciones no deben ser consideradas únicamente como trabajos descriptivos o encaminados a proporcionar una visión amplia y comprensiva de esta peculiar alteración lingüística. Debemos hacer uso de ellas tratando de conseguir una eficacia terapéutica reeducadora o, en todo caso, un quehacer comunicativo que en lo posible lleve al paciente a integrarse en unas coordenadas humanizadoras a expensas de estimular los posibles cauces comunicativos de que pueda disponer. Por todo ello las clasificaciones de la afasia tienen un indudable valor práctico, junto al estrictamente teórico o especulativo de muchas de ellas, que no se ignorarán aun cuando en modo alguno ello signifique su hipervaloración rígida.

Los nuevos descubrimientos que en los próximos años se alcancen en los campos más arriba citados, indudablemente conseguirán una mayor comprensión íntima del problema, una sistematización más coherente del mismo y, lo que es aún más importante, una mayor eficacia rehabilitativa. Sin embargo pretender con todo ello olvidar las aportaciones hasta ahora reunidas sería grave equivocación, hasta el punto de que AZCOAGA ha vuelto a llamar la atención, LAIN ENTRALGO lo hizo anteriormente de forma general sobre todos los concimientos científicos, para que se reconsideren las investigaciones clínicas sobre afásicos llevadas a cabo en el pasado siglo y principios del actual por los neurólogos

clásicos.

A continuación se pasará revista de forma sumaria a las diferentes clasificaciones y concepciones existentes sobre el síndrome afásico comentándose algunas de sus equivalencias conceptuales y nosológicas que se establecen entre algunas de ellas. A efectos prácticos se agrupado estas clasificaciones bajo vario epígrafes generales:

I.- Clasificaciones clásicas.

II.- Teorías unitarias.

III.- Clasificaciones de fundamentación lingüística.

IV.- Clasificaciones reflexológicas.

V.- Clasificaciones pragmáticas.

VI.- Clasificaciones clínicas.

I.- LAS CLASIFICACIONES CLASICAS.

Cuando BROCA describe el primer caso de afasia la denomina "afemia" y adjudica su sede lesional al pié de la tercera circunvolución frontal. Desde entonces se ha venido llamando "afasia de BROCA" a un cuadro caracterizado por la afectación del lenguaje espontáneo, de la repetición de sonidos y palabras, y de la lectura y escritura permaneciendo en cambio conservada la comprensión verbal.

Pocos años después, en 1.874, WERNICKE describe otra modalidad con localización en la primera circunvolución temporal y caracterizada por la ausencia de trastornos articulatorios pero con un lenguaje espontáneo alterado, aunque fluido, con profundas alteraciones en la comprensión y, al parecer, en las funciones intelectivas. Esta segunda modalidad recibió la denominación de "afasia de WERNICKE" o sensorial, como contraposición a la anteriormente descrita y calificada también de motora.

Las ideas localicistas neurológicas vigentes en la época llevó a considerar a la comunicación verbal y escrita como resultado de la acción de diversos centros corticales (centros motor y sensorial del lenguaje oral, centro de la escritura, de la lectura) asociados entre sí por diversas vías nerviosas. Con ello se lograba una aparente claridad didáctica que se simplificaba mediante la consideración de diferentes diagramas con los que se querían explicar, más o menos satisfactoriamente, los casos de afásicos que brindaba la clínica. Se consideraba que los centros y vías se lesionaban en unos u otros lugares. Así se confeccionaron los esquemas de EASTIAN, GRASSET, KUSSMAUL, CHARCOT, LICHTHEIM, LIEPMANN, MERCANTE y WERNICKE principalmente.

DEJERINE distinguió primeramente tres tipos de afasia:

- Afasia de BROCA.
- Afasia de WERNICKE.
- Afasia total, o asociación de las lesiones y sintomatologías

de las dos primeras.

KUSSMAUL, que acepta los cuatro centros cerebrales regidores del lenguaje a que hacíamos referencia, procedió a sistematizar la siguiente clasificación considerablemente más compleja:

- Afasia motora.
- Afasia sensorial.
- Agrafia.
- Alexia.
- Afasias subcorticales, por lesión de las vías existentes entre los centros y los receptores.
- Afasias transcorticales, por lesión de las vías asociativas de unos centros a otros.
- Asociación entre dos o más de las variedades descritas.
- Afasia congénita, por falta de madurez del area de BROCA, y que se caracterizaría por el desarrollo lento y empobrecido del lenguaje infantil.

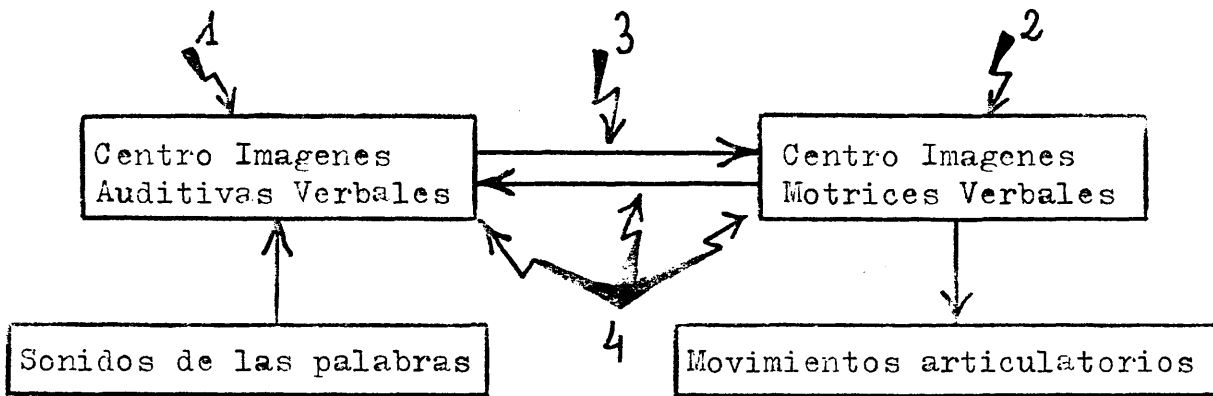
Es a partir del florecimiento de las subdivisiones de centros y vías cuando comienza a desarrollarse un cierto confusiónismo clasificatorio que afecta no solo a las concepciones esgrimidas sino que recaerá incluso en la terminología empleada. Esta dificultad se arrastrará desde ahora a todo lo largo de la evolución de la afasiología aun cuando pronto este tipo de concepciones queden anticuadas.

A principios del presente siglo ROTHMAN sistematizaba en un cuadro la clasificación de las afasias según las lesiones de centros y vías, de una parte, y la sintomatología posible de otra.

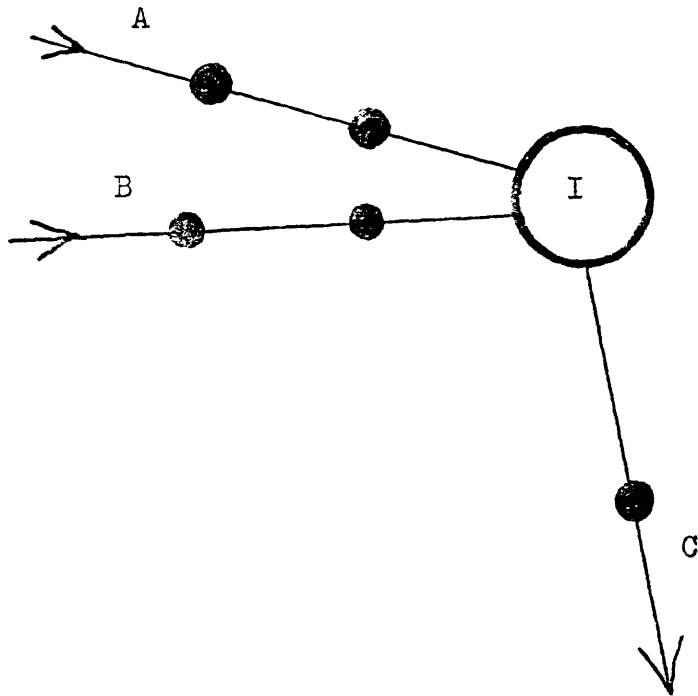
Junto a la organización cerebral, basada como vemos en centros y vías, pronto se cayó en la cuenta del gran papel que desempeñaban las aferencias sensoriales en la génesis del lenguaje. Así ZIEHN distingue dentro de la afasia motriz transcortical dos subvariedades, calificadas de óptica y táctil, FREUND había

previamente descrito la óptica. También se describen casos de afasias ageusicas, anósmicas, ligadas al tacto y a la palpación y que como se comprende fácilmente serían equiparables a lo que entendemos hoy día por agnosias.

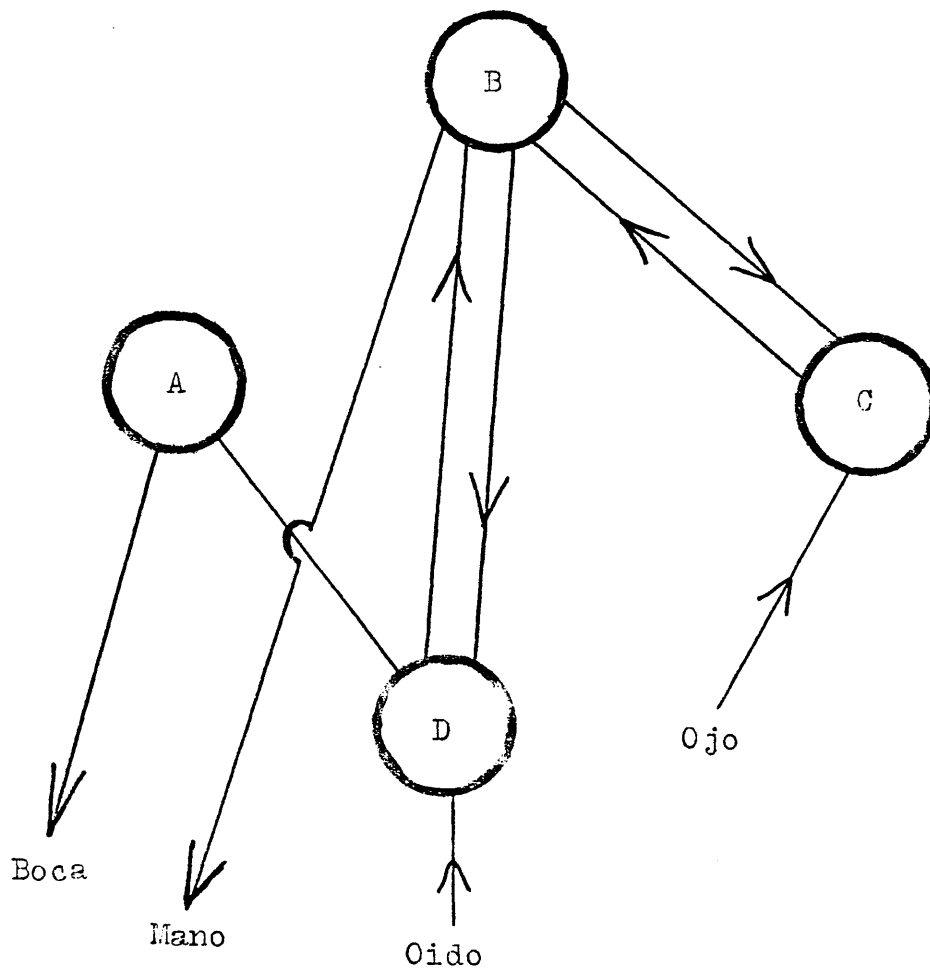
De cualquier forma, de todas estas concepciones permanece aún vigente aunque tratada o comprendida desde perspectivas muy diferentes, la inicial dualidad o polaridad receptora y expresora que posee el lenguaje y que como respectivamente vieron WERNICKE y BROCA está de un modo u otro perturbada en las afasias. De ahí procede, por tanto, una muy abundante terminología que llega a nuestros días, se trata de la afasia motora y sensorial, aferente y eferente, expresiva e impresiva de PICK, expresiva y receptiva de WEISEMBURG y MAC BRIDE, etc.



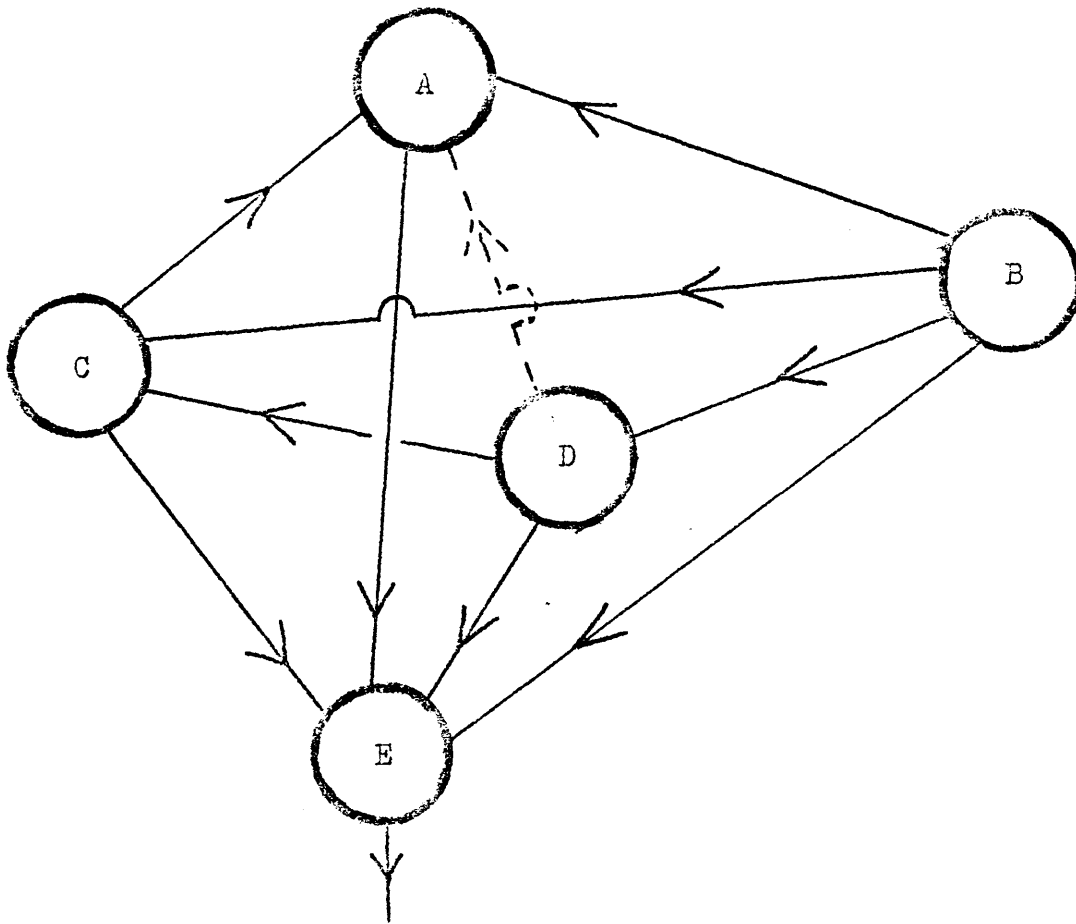
Esquema de WERNICKE: 1) La lesión del Centro de las Imágenes Auditivas Verbales origina la afasia sensorial. 2) La lesión del Centro de las Imágenes Motrices Verbales da lugar a la afasia motora. 3) La sección de las fibras de asociación de los dos Centros es la responsable de la afasia de conducción. 4) La afectación simultánea de todo ello produce un cuadro de afasia total.



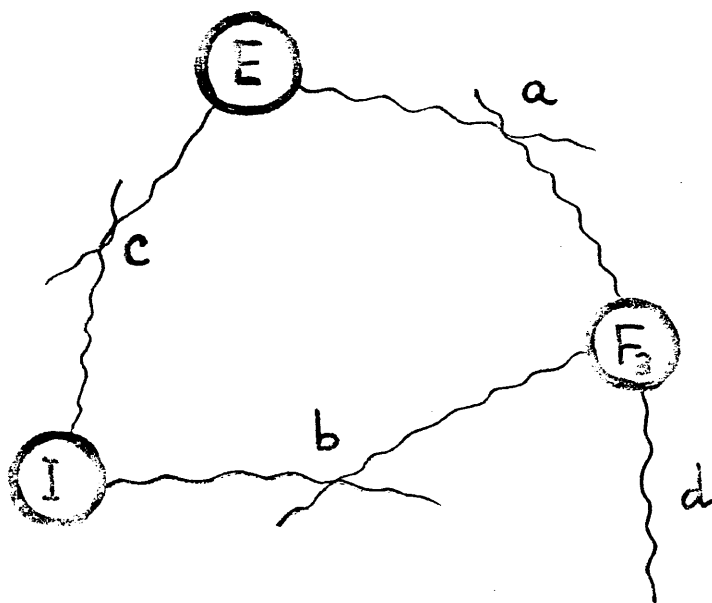
Esquema de BAGINSKI: A) Centros y vías acústicas. B) Centros y vías visuales. I) Centro Ideatorio. C) Centro y vía de la articulación del lenguaje.



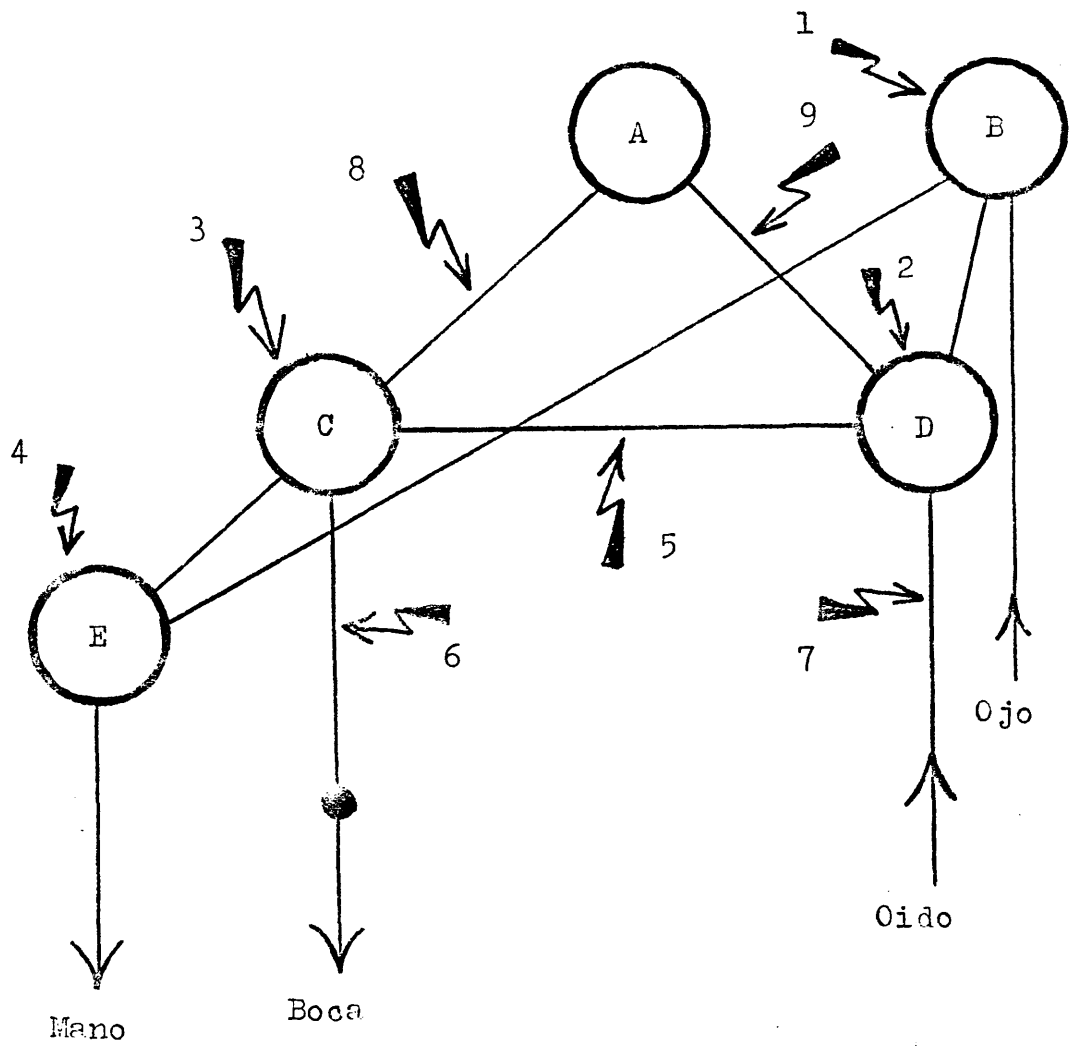
Esquema de BASTIAN: A) Centro Glosó-Cinestésico. B) Centro Keirocinestésico. C) Centro Visual Verbal. D) Centro Auditivo Verbal.



Esquema de MERCANTE: A) Imágenes Gráficas. B) Significados de las palabras. C) Centros Orales. D) Imágenes Auditivas. E) Imágenes motoras.

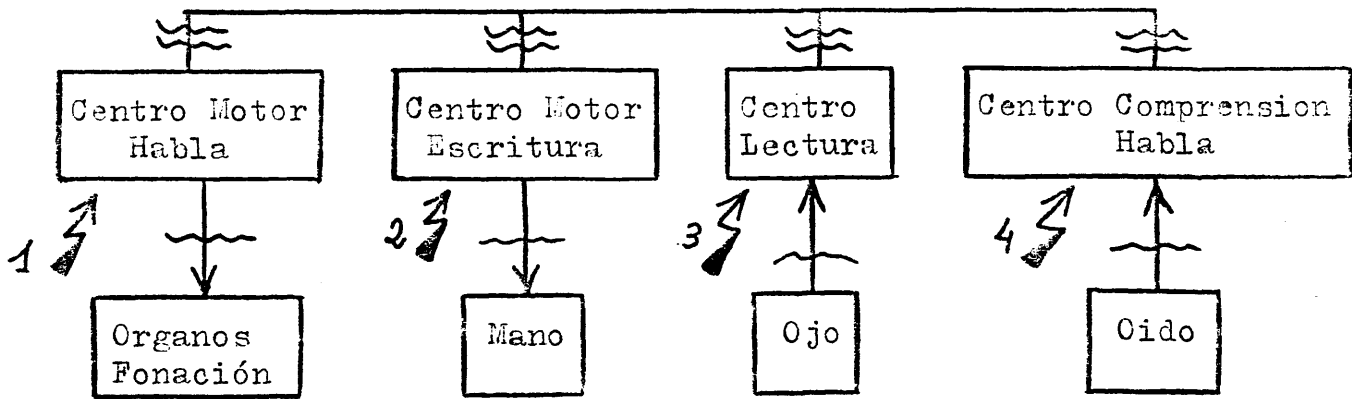


Esquema de SENET: E) Esfera Emotiva. I) Esfera Intelectual
 F₃) Centro de BROCA. a) Vía de conducción centrífuga indirecta.
 b) Vía suprapoligonal de GRASSET. c) Vía emotivo intelectual
 d) Vía subpoligonal de GRASSET. Según esto la vía intelectual
 del lenguaje es I-b-F₃-d. La destrucción de F₃ da lugar a la
 afasia motriz ordinaria o nuclear de PITRES, la interrupción
 de "b" a la afasia ideomotriz de LORDAT y GRASSET o a la psi-
 conuclear de PITRES, la sección de "d" a la afasia subcortical
 o subpoligonal motriz de SENET.



Esquema de LICHTHEIM: A) Centro de elaboración intelectual. B) Centro lectura. C) Centro de la articulación verbal. D) Centro auditivo verbal. E) Centro escritura. De la lesión de estos centros o de la sección de las vías asociativas existentes entre ellos surgirían las siguientes variedades de afasias:

- 1) Alexia.
- 2) Afasia sensorial.
- 3) Afasia motriz cortical
- 4) Agrafia.
- 5) Afasia de conducción.
- 6) Afasia motriz subcortical.
- 7) Sordera verbal.
- 8) Afasia motriz transcortical.
- 9) Afasia sensorial transcortical.

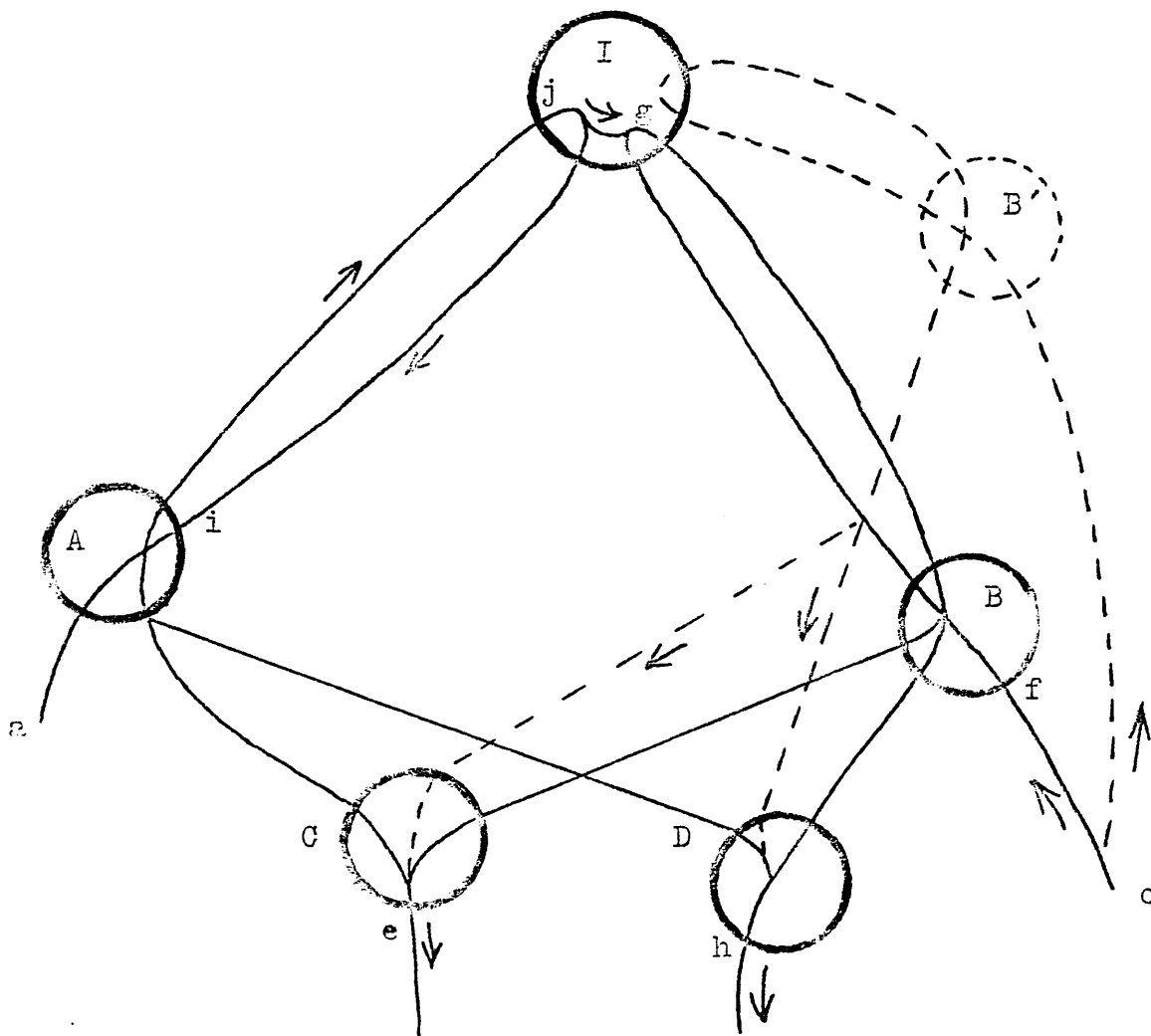


Esquema de KUSSMAUL: Las lesiones en determinados puntos de este sistema origina otros tantos cuadros clínicos, según se especifica a continuación:

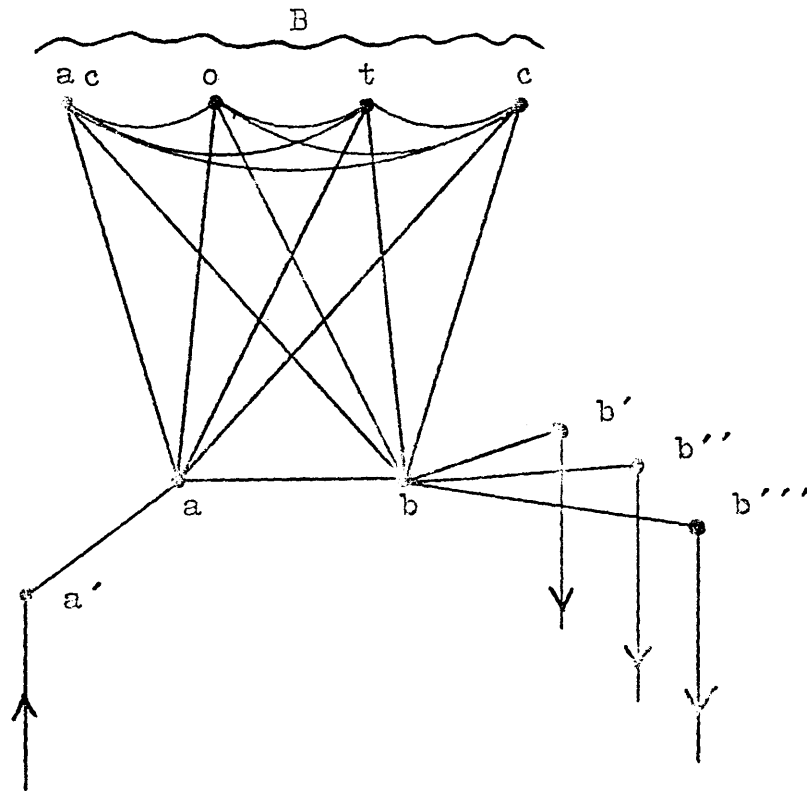
- 1) Afasia motriz
- 2) Agraphia
- 3) Alexia
- 4) Afasia sensorial

~~~~~ Afasias subcorticales

~~~~~ Afasia transcorticales

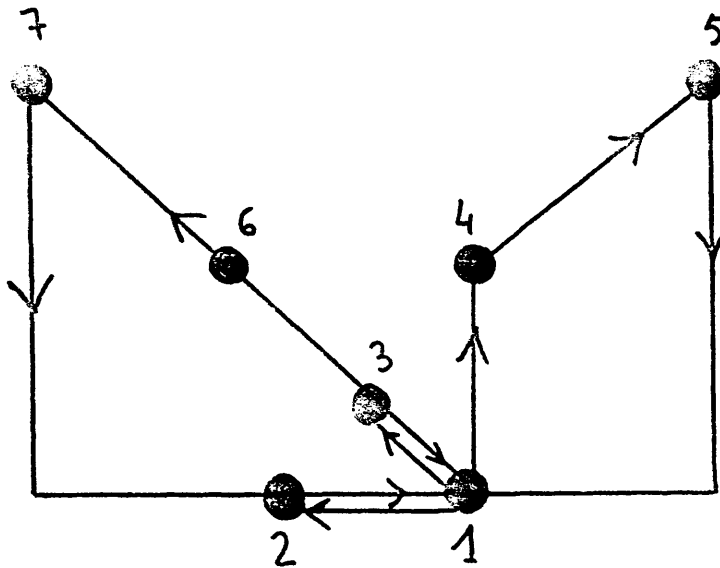


Esquema de KUSSMAUL: I) Centro Ideógeno. A) Centro Acústico-sensorial
 B) Centro Optico-sensorial. B') Centro utilizado por los sordomudos.
 C) Centro coordinador para las palabras habladas. D) Centro coordinador para las palabras escritas. a) Nervio acústico. o) Nervio óptico.
 "a" - "C" - "e": Vía de verbalización para niños y cotorras.
 "o" - "f" - "g" - "h": Vía optico motriz.
 "a" - "i" - "j" - "e": Vía acústico-motriz para la palabra hablada.



Esquema de ROTHMAN sobre los centros del lenguaje. B: Pensamiento
 a: Centro acústico. o: Centro óptico. t: Centro táctil. c: Centro
 cinestésico. a: Centro sensorial del lenguaje. b: Centro motor
 del lenguaje. b', b'', b''': Centros para los músculos de los ór-
 ganos de la fonación.

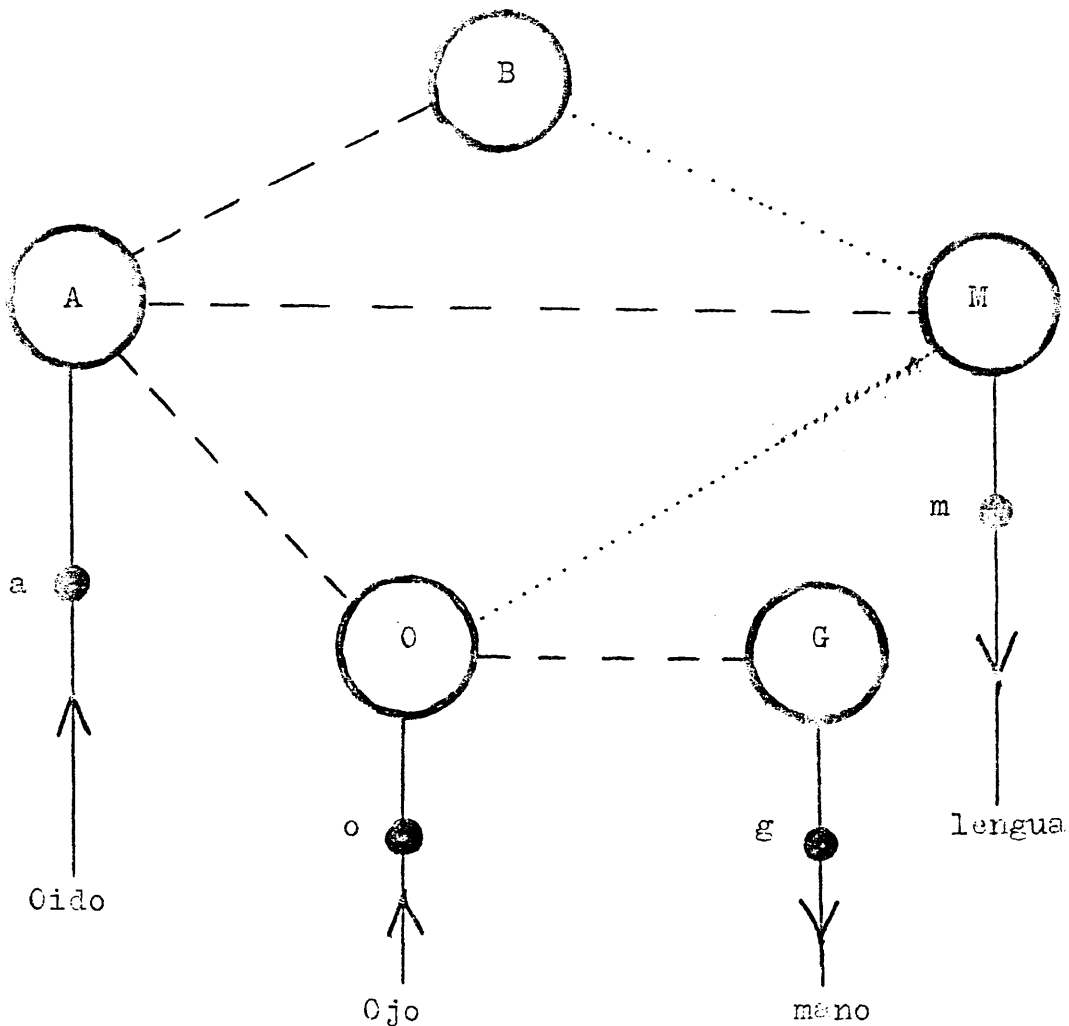
La vía del lenguaje espontáneo es B - a - b - b' b'' b'''.



LENGUAJE
ESCRITO

LENGUAJE
ORAL

Esquema de GRASHEY de los centros y vías del lenguaje.
 1: Centro de las imágenes acústicas. 2: Centro de las imágenes del objeto. 3: Centro simbólico de palabras y signos gráficos. 4: Centro cinestésico de la articulación de las palabras. 5: Núcleo de los nervios para los músculos de la fonación. 6: Centro cinestésico manual para la escritura. 7: Núcleos de los nervios para los músculos que intervienen en el acto de escribir.



Esquema de LIEPMANN: Componentes anatómicos: a) Campo acústico de proyección de la corteza cerebral. o) Campo óptico de proyección de la corteza cerebral. g) Campo motriz de la mano. m) Campo motor articulatorio.

Componentes psicológicos: B) Comprensión del sentido de las palabras. A) Comprensión sonido de las palabras. O) Componentes ópticos. M) Componentes verbo-motores.

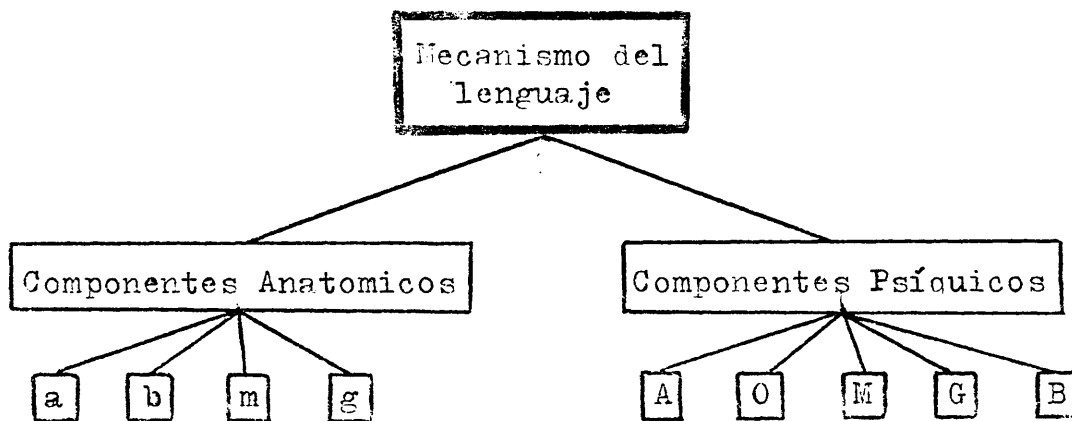
Circuito del lenguaje espontáneo: B - A - M - m - lengua.

" " " comprendido: oido - A - B:

" Comprensión lectura: ojo - O - A - B

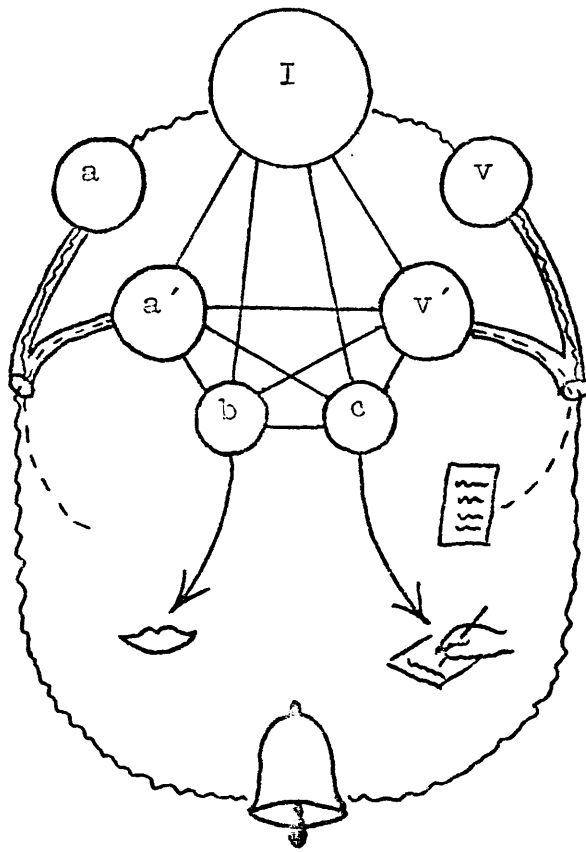
" lectura en alta voz: ojo - O - M - lengua.

" palabra repetida: oido - A - M - lengua.



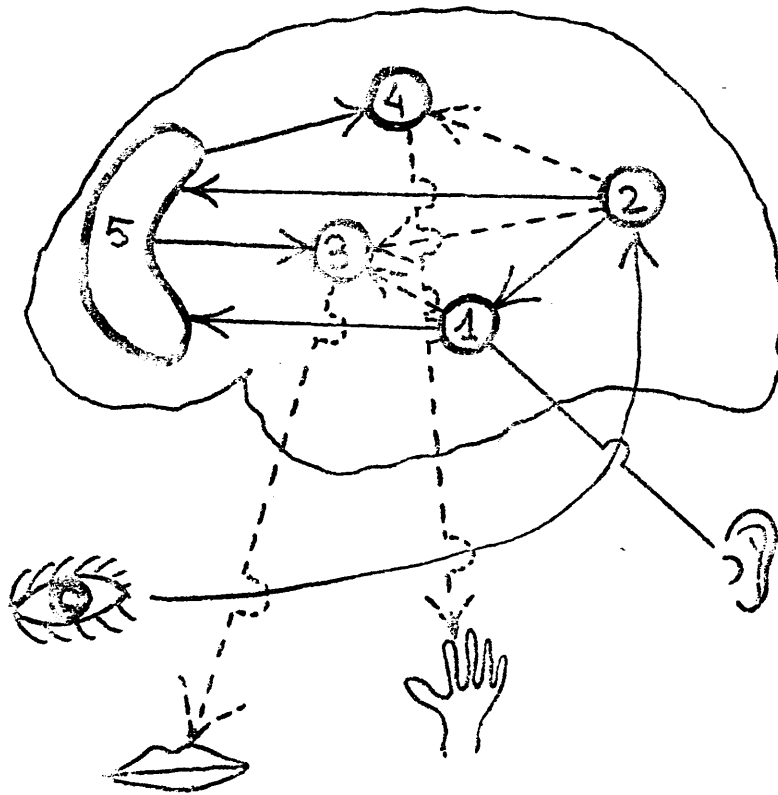
Organigrama de LIEPMANN: a) Territorio acústico de proyección en cortex. b) Campo de proyección óptica. m) Zona de proyección motora para los músculos de la fonación. g) Zona de proyección motora gráfica.

A) Componente acústico-imagen visual. O) Componente óptico-imagen visual. M) Componente motor-verbal-imagen cinestésica. G) Componente gráfico-motor. B) Componente ideológico-conceptual.



Esquema de CHARCOT: I) Centro Ideatorio. a) Centro auditivo común
 a') Centro auditivo de las palabras. v) Centro visual común.
 v') Centro visual de las palabras. b) Centro del lenguaje articu-
 lado. c) Centro del lenguaje escrito.

Este es el famoso "esquema de la campana" ya que en el se explica el modo de entrar en contacto con este objeto según todas las posibilidades, a saber: Recepción del tañido de la campana, percepción de su palabra denominadora, articulación de la misma, escritura y lectura, percepción visual de ella o de su dibujo.



Polígono de GRASSET: 1) Centro de la memoria de la palabra hablada. 2) Centro de la memoria de la palabra escrita. 3) Centro motor de la palabra. 4) Centro motor de la escritura. 5) Hipotéticos centros intelectuales superiores. A partir de la consideración de este esquema general se describirían las afasias corticales, subcorticales y transcorticales.

| | <i>Lenguaje voluntario</i> | <i>Lenguaje repetido</i> | <i>Escritura espontánea</i> | <i>Escritura copiada</i> | <i>Escritura dictada</i> | <i>Comprensión del habla</i> | <i>Comprensión lectura</i> | <i>Lectura en alto</i> |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------|
| Afasia motora pura | Abolido | Abolido | Conserv. | Conserv. | Conserv. | Conserv. | Conserv. | Abolida |
| Afasia motora total | Abolido | Abolido | Abolida | Conserv. | Abolida | Conserv. | Afectada | Abolida |
| Afasia motora de Lichtheim | Abolido | Conserv. | Afectada | Conserv. | Conserv. | Conserv. | Conserv. | Conserv. |
| Afasia sensorial pura | Conserv. | Conserv. | Conserv. | Conserv. | Abolida | Abolida | Conserv. | Conserv. |
| Afasia sensorial total | Afectado | Abolido | Afectada | Conserv. | Abolida | Abolida | Abolida | Abolida |
| Afasia sensorial de Lichtheim | Afectado | Conserv. | Afectada | Conserv. | Conserv. | Abolida | Abolida | Conserv. |
| Afasia total | Abolido | Abolido | Abolida | Conserv. | Abolida | Abolida | Abolida | Abolida |
| Afasia de conducción | Afectado | Afectado | Afectada | Conserv. | Afectada | Conserv. | Conserv. | Afectada |
| Alexia pura | Conserv. | Conserv. | Conserv. | Conserv. | Conserv. | Conserv. | Abolida | Abolida |

Cuadro-resumen de ROTHMAN sobre la clasificación de las afasias, y peculiaridades de cada una de las variedades admitidas (1.912).

AFASIAS MOTORAS

AFASIAS SENSORIALES

Que afectarían a la parte expresiva del lenguaje verbal.

Afectarían a la capacidad de comprensión o recepción del lenguaje hablado.

1) Imposibilidad de encontrar los sonidos que constituyen las palabras al ordenarse adecuadamente determinados elementos fonéticos. Este tipo de afasia estaría en relación con la denominada arrartria.

1) Imposibilidad de reconocimiento de los sonidos que constituyen las palabras. Equivaldría a la sordera central.

2) Dificultad de expresión respecto a las palabras, ya que algunas aparecen conservadas aunque con un cierto deterioro en su correcta articulación.

2) Imposibilidad de reconocimiento de las palabras en cuanto que éstas se forman por la aposición de sonidos en un cierto orden. Equivale a la afasia de Wernicke.

3) Imposibilidad de expresar las palabras en cuanto que éstas se refieren a cosas que el sujeto espontáneamente quiere denominar, pero que puede repetir sin dificultad una vez ha oído. También aquí se conservaría la posibilidad de emitir algunas de especial contenido automático o afectivo.

3) Imposibilidad de adjudicar los nombres a las cosas correctamente y, por tanto, de utilizarlos de forma adecuada.

4) Imposibilidad de utilización de las frases aunque estén conservadas una serie de palabras que deberían ir inmersas en aquellas en condiciones normales. Se trataría, como se ve, de un agramatismo.

4) Imposibilidad de comprensión de las frases en cuanto tales, que afectaría en mayor grado a aquellas de mayor complejidad conceptual.

En este cuadro queda establecida, de forma resumida, la contraposición sintomatólogica entre las afasias motoras y sensoriales según la concepción clásica más conocida y aceptada.

II.- LAS TEORIAS UNITARIAS.

JACKSON aborda el problema de las afasias desde una perspectiva mucho más unitaria. Le aplica su concepción general del Sistema Nervioso con lo que abandona las anteriores teorías localizacionistas y distingue entre el hecho en sí del lenguaje, de carácter esencialmente psicológico, y de su sustrato anatomofisiológico. La existencia de unas localizaciones lesionales en el cerebro daría lugar a la desaparición de unas funciones, comenzando por las más complejas y recientemente adquiridas. Este vacío permitiría la exteriorización de una serie de elementos sintomáticos positivos tales como las parafasias y demás errores generales del lenguaje, acompañadas de una reducción cuantitativa y cualitativa del mismo (deficiencias comprensivas, reducción de la expresividad en todos sus niveles lingüísticos.

Según esta línea de pensamiento nos encontramos con una estratificación del lenguaje según los niveles de complejidad de su uso, de tal manera que las manifestaciones empleadas más automáticamente, con un impulso emocional intenso, estarían más siempre más conservadas que el lenguaje como especulación, fuera de contextos inmediatos, es decir que el lenguaje como formulador de proposiciones voluntarias. De esta forma se establecen las siguientes variedades:

- a) Afasias con predominio de elementos negativos (mutismo, anomías).
- b) Afasias con predominio de elementos positivos (el sujeto habla pero lo que dice está plagado de errores, se le comprende mal).
- c) Afasias con equilibrio en esta sintomatología.
 - 1) Afasias con perturbaciones en el grado de complejidad de lo expresado o comprendido por el paciente.
 - 2) Afasias con alteraciones en cuanto al control de los músculos articulatorios, con aparición de apraxias al intentar reali-

zar movimientos que exigen una mayor intencionalidad elocutiva

Las ideas de JACKSON son corroboradas, desde una perspectiva puramente psicológica, por BERGSON el cual no acepta en absoluto las teorías rígidas y estáticas sobre las imágenes almacenadas en hipotéticos centros cerebrales ya que las adjudica un carácter más fluido, con flexibles relaciones entre éstas, el pensamiento y su exteriorización final mediante el lenguaje. Todo ello hace referencia a un funcionalismo plástico y unitario de las actividades psíquicas del hombre.

HEAD prosigue adentrándose por esta línea y niega la separación entre verbalización y escritura. Describe cuatro tipos de afasias no como entidades diferentes sino como manifestaciones patológicas progresivas de carácter gramatical de un fenómeno único como es el lenguaje. Las concepciones de este autor suponen el punto de arranque de un gran número de clasificaciones "modernas" en tanto en cuanto que parten del supuesto de que se trata de la pérdida de la instrumentalización mental mediante símbolos verbales. Los tipos que describió son los siguientes:

a) Afasia verbal, caracterizada por una reducción más o menos intensa de la capacidad expresiva, tanto verbal como gráfica. Hay dificultades articulatorias en las palabras conservadas las cuales, por otra parte, suelen ser de carácter automático o de empleo sencillo y familiar. Existiría una gran disociación entre el lenguaje interior, o, pensamiento, y su exteriorización. La comprensión se ve comprometida en referente a órdenes largas o complejas, al igual que la lectura, números y operaciones matemáticas con pérdida de las denominaciones de signos y guarismos. Los pacientes tratan de hablar poco y sustituyen las palabras por gestos y señas. Esta variedad se superpone con la afasia motora clásica, suele coexistir con hemiplejía derecha y se considera que su localización lesional radica en la segunda y tercera cir

curvulaciones del hemisferio dominante.

- b) Afasia nominal, pérdida de la significación de las palabras por lo que se la ha querido equiparar con la que PITRES calificara de "afasia amnésica". Hay trastornos de la escritura, lectura, cálculo e incluso realización de dibujos libres y mediante copia. Estos pacientes tropiezan con gran dificultad para usar determinadas palabras y recurren a rodeos y perífrasis para subsanar sus fallos ya que, por otro lado, cuentan con un considerable recurso de palabras con las que subsanan las que en un momento determinado no alcanzan a exteriorizar. Asocian los objetos con sus nombres cuando se los ofrecemos por separado. Anatomopatológicamente habría lesiones del pliegue curvo.
- c) Afasia sintáctica, con gran afectación de la capacidad para estructurar gramaticalmente las frases y pérdida de conjunciones, preposiciones, pronombres, adverbios, etc. Es decir hay un agramatismo intenso asociado a parafasias e incluso jergafasia. La comprensión está afectada en mayor grado, y lo mismo las funciones mentales superiores en ciertos casos. Las matemáticas, lectura y escritura, por este orden, se ve comprometidas. Aparece en lesiones de la primera circunvolución temporal.
- d) Afasia semántica, con importantes trastornos de la comprensión y adjudicación de significados a las frases y palabras aisladas, por lo que estaría emparentada con las afasias sensoriales clásicas. Al mismo tiempo existirían alteraciones gnósicas y de la orientación espacial, junto a defectos en la capacidad de realizar cálculos, dibujos o juegos diversos. La lectura sería posible pero sin entendimiento y la escritura también estaría gravemente comprometida al no poderse expresar a través de la organización gráfica de palabras y frases la intencionalidad del pensamiento. Corresponde a lesiones del Gyrus Supramarginales.

El diagnóstico de uno u otro tipo se llevaría a cabo mediante una cuidadosa exploración que incluye cierto número de pruebas específicas creadas por el propio HEAD y que constituyen el primer material específico para afásicos con que se ha contado. Mediante el mismo no solo se desentrañan ciertas alteraciones afásicas, sino que se aborda la reeducación de las mismas.

PIERRE MARIE reconsideró el tema de las afasias y llegó incluso a estudiar de nuevo el cerebro inicialmente investigado por BROCA. Llegó a la conclusión de que no hay más que un solo tipo, la de WERNICKE. El lenguaje sería una función única en la que pensamiento y palabras forman un todo. En la afasia habría simplemente unos trastornos intelectivos, no generales sino ligados directamente a la verbalización. Además habría que describir un cuadro en el que está afectada la emisión del lenguaje exterior, caracterizado por la defectuosa o imposible articulación de las palabras por defectuoso control y utilización de los órganos de la fonación y que recibe el nombre de "anartria". Aún habría una tercera modalidad consistente en la asociación de estos dos cuadros y que sería la hasta entonces conocida afasia de BROCA. De esta forma tendríamos:

- Anartria (que afecta a la articulación).
- Afasia de WERNICKE (o genuina).
- Afasia de BROCA (anartria + afasia de WERNICKE).

PIERRE MARIE dio gran importancia a la existencia de fenómenos apraxicos y agnósicos imbricados a los propiamente afásicos. ALVES recogió estas ideas y niega la afasia de WERNICKE en el sentido de que las alteraciones apreciables en ella de carácter sensorial o comprensivo no se refieren realmente al campo del lenguaje sino al de las agnosias. AUSTRAGESILO, por su parte hace hincapié en los componentes apráxicos de la afasia.

FOIX continuó las ideas de P. MARIE y anatomopatológicamente estableció que las lesiones encontradas, habitualmente difusas y más o menos extensas, darían habitualmente lugar a cuadros

mixtos en los que se entrecruzan deficiencias en las esferas fásicas, gnósicas y práxicas. Sus estudios, por otra parte, sobre los reblandecimientos silvianos son considerados como básicos.

FREUD, a fines del siglo pasado y antes de iniciar sus trabajos sobre la histeria, se ocupó de la afasia siguiendo las ideas iniciadas por JACKSON y aportando algunas ideas de gran modernidad actual. Sistematizó tres tipos:

- Afasia verbal.
- Afasia simbólica.
- Afasia agnósica.

Las tres hacen referencia a diferentes niveles integrativos del lenguaje. El término "agnosia" fue introducido en la Neurología por él y ya vimos que fue ampliamente desarrollado por algunas escuelas en cuanto a sus implicaciones, más o menos directas con el lenguaje oral o escrito.

BAY continuó la línea trazada por JACKSON y P. MARIE al concebir la afasia como una entidad única en la que la consideración de los trastornos de la comprensión o de la expresión debería sustituirse por la aceptación de una estratificación funcional basada en los conocimientos que brinda la lingüística y los resultados de minuciosas exploraciones a cada paciente. Junto al tipo único de afasia se alinean trastornos que no pertenecen estrictamente a la órbita del lenguaje pero que repercuten de forma muy marcada en las capacidades comunicativas del sujeto. De esta forma, y coexistiendo frecuentemente, se distinguen:

- La disartria pura, que corresponde a la antigua afasia motora subcortical, y que se relaciona con las apraxias buco-linguo-faciales. Las dificultades de control intencional lingual se pondrían claramente de manifiesto con la ayuda de los glosogramas.
- La afasia genuina, comparable con la amnésica, y caracterizada

sobre todo por la indenominación de objetos y fracaso en la narración de sucedidos y lecturas.

- La habitualmente conocida por afasia sensorial o de WERNICKE, que sería una afasia genuina con el sobreañadido de alteraciones de las funciones intelectivas y de la interpretación auditiva, junto con disturbios emocionales, pérdida de la autocrítica y euforia típica de los sujetos jergafásicos y logorreicos.
- Finalmente un cuarto apartado en el que la afasia genuina vendría acompañada de alteraciones específicas de la capacidad de repetición de historias, series y narraciones acompañado todo ello de ecolalia.

BAY sostiene que en el afásico habría una dificultad general o básica para elaborar o hacer uso de los conceptos, con independencia de su carácter lingüístico o no lingüístico, que se pondría de manifiesto en la ejecución de las diversas pruebas exploratorias de carácter no verbal como son la ejecución gráfica o constructiva de objetos sin correlato verbal. Este sería el disturbio esencial al que en la práctica se añadirían otros de diversa índole.

BROWN parte de una concepción de la formulación verbal que partiendo de su inicio más elemental y primario acaba en la exteriorización articulada de la proposición deseada. Todo ello tendría lugar de una forma dinámica a través de diferentes planos jerarquizados. En el caso de la afasia se distinguirían varias modalidades, pero entendidas no como entidades aisladas, separadas o contrapuestas sino como manifestaciones distintas, enlazadas o complementadas de una alteración de un proceso unitario. De esta forma distingue, con una nomenclatura ya conocida:

- La anomía (afasia amnésica de PITRES o nominal de HEAD), con imposibilidad de denominar objetos.
- La afasia semántica, en la que la interrupción del proceso formulativo citado tendría lugar en los estadios prelingüísticos

lo que supone el fracaso en la significación de las palabras y frases más que en la elocución de las mismas. Incluye aquí los agramatismos sensoriales, paragramatismos y la jergafasia asemántica.

- La afasia de WERNICKE, en la que incluye la descripción de la afasia transcortical sensorial y la ecolalia. En este apartado diferencia ciertas perturbaciones de la verbalización existentes en cuadros de confusión mental, sopor y afectación difusa cerebral que habría introducido en el anterior apartado.
- La afasia de conducción, o imposibilidad únicamente de repetir las palabras.
- La afasia de BROCA.
- La sordera verbal pura.

Cada una de estas formas aparecería según el proceso formula-tivo estuviese dañado en un punto u otro. Si lo es en su exptemo final, o más superficial, hay una afasia de BROCA o bien la sor-dera verbal. Por el contrario la afectación de los planos más profundos o primarios da lugar a la afasia semántica y de WER-NICKE. La de conducción tendría una localización más intermedia.

MUÑOS SOTES y cols. proceden a un estudio del lenguaje, dentro de un contexto general muy amplio referido a toda la comunicación en el que se consideran integradas una serie de funciones espe-cíficas en distintos planos:

- 1º Nivel sensorial.
- 2º Nivel perceptivo.
- 3º Nivel asociativo.
- 4º Nivel de la memoria gnóstica.
- 5º Nivel sensomotriz.
- 6º Nivel de la memoria cinética.
- 7º Nivel psíquico.
- 8º Nivel psicomotriz.

9º Nivel de análisis y selección motriz

10º Nivel motriz y de coordinación dinámicos.

Correspondiéndoles se describen las siguientes modalidades afásicas:

2º: Disfasia auditiva y visual. Agnosias auditivas y visuales.

3º: Disfasia plurisensorial gnóstica.

4º: Disfasia mnésica de fijación, disfasia mnésica de almacenamiento, disfasia mnésica de evocación.

5º: Disfasia mnésica sensomotriz.

6º: Disfasia mnésica de fijación y almacenamiento cinético.

7º: Disfasia con disfunción intelectual. Disfasia con disfunción en el contenido del pensamiento.

8º: Disfasia práctica psicomotriz.

9º: Disfasia motriz.

10º: Disartrias, que aparecen individualizadas respecto a las afasias.

La clasificación de KLEIST puede enmarcarse dentro de las teorías unitarias, de una parte, pero también participa de las lingüísticas e incluso clásicas. Efectúa una descripción simétrica de perturbaciones sensoriales y motoras pero atendiendo a los componentes fonéticos y semánticos del lenguaje que, aun cuanto entidad única, tendría diversas, y separadas, localizaciones anatómicas. Así pues distingue:

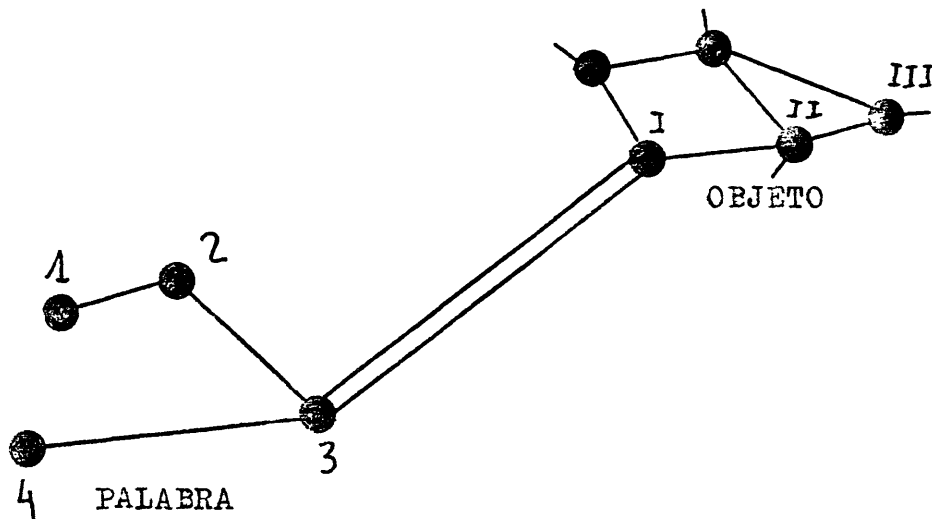
1.- En el plano motor

- Mudez para los sonidos constituyentes de las palabras. Equiparable a la anartria y relacionada con las apraxias de los músculos de los órganos de la fonación.
- Mudez para las palabras que, a diferencia de las sílabas no pueden ser pronunciadas. Abundarían las parafasias.
- Mudez para los nombres, que no se dicen oportunamente ante los objetos correspondientes.
- Mudez para las frases, equiparable al agramatismo.

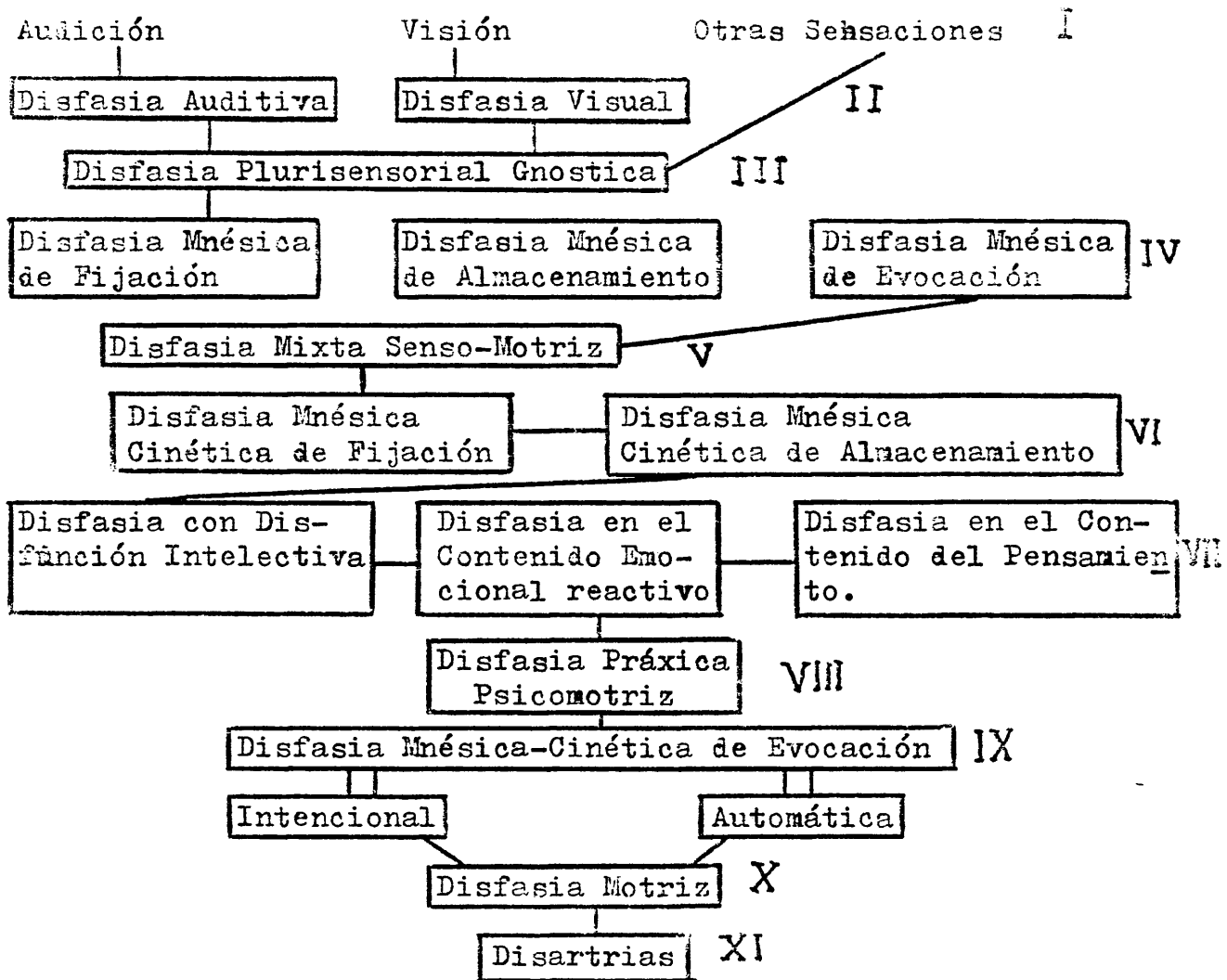
2.- En el plano sensorial

- Sordera de los sonidos, es decir sordera verbal pura.
- Sordera para las palabras, o afasia de WERNICKE.
- Sordera para los nombres, en la que la pérdida de las significaciones de las palabras conlleva la imposibilidad de utilizarlas adecuadamente, o con errores en todo caso.
- Sordera para las frases. Incomprensión o comprensión alterada de las mismas. Errores en la ordenación y elección de formas sintácticas y gramaticales. Agramatismo.

En realidad KLEIST establece un compromiso entre las tesis localizacionistas, ya que cada variedad tendría su sede lesional, y las concepciones estructuradoras, según una jerarquización de complejidad, del lenguaje tanto en el aspecto sensorial como en el motor.



Esquema psicológico del concepto de la palabra y del objeto según FREUD. Ambos aparecen vinculados a través de vínculos visuo sonoros. 1: Imagen visual para la palabra manuscrita. 2: Imagen visual para la palabra impresa. 3: Imagen acústica de la palabra. 4: Imagen cinestésica de la palabra. I, II, III: Asociaciones visuales, táctiles y auditivas del objeto. Cuando hay una afectación de las asociaciones entre los distintos elementos del concepto de la palabra nos encontraríamos ante una afasia verbal, si está interrumpida la asociación entre los conceptos de palabra y objeto hay una afasia asimbólica, finalmente la pérdida de algunas de las asociaciones del objeto daría lugar a la correspondiente afasia agnósica. En este esquema se aprecia la supremacía funcional de los estímulos visuales y auditivos para la comunicabilidad lingüística.



Clasificación de los síndromes afásicos según MUÑOZ SOTES y Cols. en ella se distinguen, según un criterio fisiopatológico, varios niveles integrativos senso-psicomotrices de la comunicación, a saber: I.- Nivel sensorial-sensación. II.- Nivel Perceptivo-Percepción. III.- Nivel Asociativo-Concepto. IV.- Nivel de Memoria Gnóstica. V.- Nivel Senso-Motriz. Patrones de Movimiento. VI.- Nivel de Memoria Cinética. Fijación y Almacenamiento. VII.- Nivel Psíquico. Programación y Elección de la Respuesta. VIII.- Nivel Psicomotriz. IX.- Nivel de Memoria Cinética. Evocación. X.- Nivel de Análisis Motriz. XI.- Nivel Motriz. Coordinación dinámica.

III.- LAS CLASIFICACIONES DE FUNDAMENTACION LINGUISTICA.

JAKOBSON examina las afasias desde las aportaciones que ofrece la lingüística. La utilización de las palabras en frases para dar forma verbal al pensamiento exige dos operaciones fundamentales que son la selección y combinación de los vocablos empleados. De esta forma hay que considerar un aspecto semántico, o eje de semejanza, y un aspecto sintáctico, o eje morfológico, que es responsable de la estructuración final de la frase. De esta peculiar construcción surgiría la intencionalidad significativa que modifica y da el contenido definitivo al eje semántico. La selección pertenece al eje de semejanza o primera articulación de MARTINET, mientras que la combinación lo es a la segunda, ordenando adecuadamente los términos escogidos, pero ambas operaciones irían siempre íntimamente unidas. El afásico al ver comprometidas en mayor o menor grado una de estas operaciones se vería obligado a hacer uso preferente de la más conservada.

JAKOBSON y HALLE consideran que el lenguaje del afásico tendría un carácter bien metafórico o metonímico. En el primer caso el sujeto se vería obligado a utilizar las palabras de acuerdo con las semejanzas y similitudes existentes entre ellas por tener una pérdida de la capacidad de combinación o estructuración adecuada de los términos, mientras que en el segundo caso el disturbio consistiría en la imposibilidad de llevar a cabo la selección de las palabras, así como de establecer o utilizar las relaciones de similitud existentes entre ellos. En este caso se podría expresar con mayor facilidad apoyándose en el contexto general de la frase y, por otra parte, encontraría una gran dificultad para aplicar la palabra adecuada y concreta a cada objeto, se trataría de un trastorno de la similitud.

Por el contrario cuando se altera la contigüidad el afásico

domina un considerable número de palabras, pero fracasa al ordenarlas de acuerdo a un sentido gramatical o sintáctico. Nos encontraríamos ante el agramatismo. Las frases muy automatizadas serían las más conservadas, y las completas y especulativas las más deterioradas. En los casos más extremos la pérdida del lenguaje sería muy profunda y recordaría los estadios primeros del lenguaje infantil.

En la práctica cuando se invita a un paciente a denominar un objeto es posible detectar el tipo de trastorno afásico que padece según se vea precisado a recurrir a la metáfora o a la metonimia. Metáfora, según MAX MULLER, consiste en la aplicación del nombre de un objeto al cual pertenece propiamente a otro en el cual descubre la mente cierta clase de participación en las peculiaridades del primero. Literariamente es un tropo que consiste en expresar, en lenguaje figurado, una idea de analogía o semejanza. La metonimia la define LAZARO CARRETER como el designar una cosa con el nombre de otra que está con ella en una de las siguientes relaciones: causa a efecto, lugar de procedencia a cosa que de allí procede, materia a objeto y abstracto a concreto o genérico a específico. Según todo esto el afásico sensorial recurriría a la metonimia, mientras que el motor lo haría a la metáfora.

JAKOBSON acaba por establecer tres dicotomías en los trastornos afásicos:

- Distingue trastornos de la codificación (o de la expresión o cifrado) en los que fallarían las relaciones de contigüidad frente a otros de la decodificación (o comprensivos, ya que decodificación debe ser entendida como descifrado del mensaje) en que fallarían las relaciones de similaridad.
- Unos trastornos serían estrictamente de desorganización lingüística frente a otros relativos a funciones extralingüísticas pero influyentes en la comunicación.
- Habría trastornos secuenciales (de la sucesividad) opuestos a otros de la concurrencia o simultaneidad en las afasias moto-

ras y sensoriales respectivamente.

PRIBRAM cree hallar un correlato anatomofisiológico a estas ideas afirmando que existiría un eje fisiológico posterofrontal en el hemisferio dominante responsable de los procesos de descifrado-cifrado y otro posterolateral-inferointerno para los mecanismos de simultaneidad-sucesividad del lenguaje.

SABOURAUD desarrolla las ideas de JAKOBSON sistematizando con ellas los cuadros clínicos de la afasia de WERNICKE y BROCA en lo referente al uso de los vocablos, de los fonemas, de la comprensión y de la transposición. Subraya la importancia lingüística que tienen los fenómenos de escoger y encadenar fonemas y palabras, con la salvedad de que se trata de dos niveles que pueden aparecer disociados en los cuadros clínicos habituales,

WEST, ANSBERRY y CARR aplican una concepción lingüística a la diferenciación clásica entre afasias motoras y sensoriales. Introducen en ella tres factores cuya anulación da lugar a un determinado tipo de afasia específico. Estos factores son los de abstracción, simbolización y automatización y los hacen extensivos tanto al lenguaje verbal como al escrito. A modo de resumen confeccionan el siguiente cuadro:

| TRASTORNOS EXPRESIVOS DEL LENGUAJE | TRASTORNOS EN LA RECEPCION DEL LENGUAJE |
|--|--|
| <p style="text-align: center;"><i>Afasia motora:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Defectos en la abstracción, con dificultad para decir palabras de compleja significación. b) Defectos en la simbolización, con dificultad para expresar correctamente, mediante palabras, el pensamiento. c) Defectos en la automatización, que se traduce en lentitud en la expresión y defectos de estructuración sintáctica o gramatical. | <p style="text-align: center;"><i>Afasia auditiva:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Defectos en la abstracción, con especial dificultad para comprender palabras de complejo significado. b) Defectos en la simbolización, con dificultad para la comprensión y adjudicación del significado de las palabras a las cosas y conceptos. c) Defectos en el automatismo, en cuanto que el entendimiento de las palabras se realiza con lentitud. |
| <p style="text-align: center;"><i>Agrafía:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Defectos de la abstracción, o sea de la escritura de ciertas palabras sobre todo, o de las reglas gramaticales. b) Defectos de la simbolización, más llamativos en lo que respecta a la utilización adecuada de la ortografía y abreviaturas u otros símbolos. c) Defectos en la automatización, con gran lentitud en la escritura y diversos errores en la misma. | <p style="text-align: center;"><i>Alexia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Por defectos en la abstracción, con repercusión en la comprensión de ciertas palabras durante la lectura. b) Por defectos de la simbolización, o confusión de unas palabras por otras. c) Por defectos del automatismo, que origina lentitud en la lectura y en la comprensión de la misma. |

IV.- LAS CLASIFICACIONES REFLEXOLOGICAS.

HREBECK parte de las concepciones pavlovianas sobre la actividad mental superior. El lenguaje, segundo sistema de señales ya que las palabras son "la señal de una señal", está constituido por una compleja asociación de reflejos y estereotipos dinámicos condicionados entre los conceptos, objetos y palabras. Los analizadores cerebrales, regidores de esta actividad, al recibir y elaborar la información a ellos llegada, se conciben como formados por una porción central, más diferenciada, y otra periférica mal delimitada y menos específica. Estos analizadores sustituyen a las antiguas concepciones localizacionistas en determinadas áreas corticales, y establecerían entre sí una serie de relaciones mediante condicionamientos y a través de los mecanismos neuronales básicos de la excitación, inhibición e inducción. El restablecimiento y la capacidad de suplencia funcional vienen determinadas por la localización y extensión lesional, tanto en el núcleo como en las porciones periféricas del analizador.

En las afasias existirían lesiones de los analizadores, sobre todo de sus núcleos, o de sus vías asociativas capaces de afectar tanto al lenguaje verbal como al escrito. Los analizadores a tener en cuenta serían los siguientes:

- Propioceptivo bucal.
- Motor bucal.
- Auditivo.
- Propioceptivo manual.
- Motor de la mano.

Entre ellos se establecen los siguientes sistemas asociativos:

- Propioceptivo-motor bucal.
- Auditivo-propioceptivo-motor.
- Propio-motor manual.
- Visual-motor manual.
- Visual-bucal.

En la misma línea de pensamiento KONORSKI valora cuatro tipos de conexiones fundamentales:

- Auditivo-verbales (puestas de manifiesto en la repetición verbal).
- Auditivo-visuales (necesarias para la comprensión de enunciados).
- Visuo-verbales (actuantes en la denominación).
- Cinestésico-verbales (para la elocución automatizada de series, frases hechas, etc.).

De este modo se identifican los siguientes tipos de afasias:

- Afasia auditivo-visual, equiparable a la de WERNICKE, con profundos trastornos comprensivos.
- Afasia auditivo-verbal, con afectación de la repetición y, por ello, asimilable a la de conducción clásica.
- Afasia visuo-verbal, o afasia amnésica, con abundantes anomias.
- Afasia cinestésico-verbal caracterizada esencialmente por la presencia de agramatismo.

AZCOAGA aborda una clasificación fisiopatológica a partir de la presencia o ausencia de fenómenos ligados a los mecanismos fundamentales para la escuela reflexológica como son la excitación e inhibición. Desde este ángulo procede a la siguiente sistematización:

1.- Afasias con predominio patológico de la inhibición

- Anomía.
- Incomprensión verbal.
- Imposibilidad para los procesos de síntesis.
- Incremento de las latencias de respuesta.
- Fatigabilidad desproporcionada y precoz.

2.- Afasias con predominio de la excitación

- Parafasias.)
- Neologismos.) Jergafasia.
- Perseveraciones y ecolalia)
- Logorrea.

LURIA es el máximo representante de este modo de pensamiento neuropsicológico que, por otra parte, no discurre divorciado de las concepciones lingüísticas jakobsonianas. Distingue seis tipos de afasias, tres sensoriales y tres motoras:

1.- Afasias motoras.

- Afasia motora aferente, cinestésica o propioceptiva. Hay dificultades y confusiones articulatorias por defectuoso aporte de información propioceptiva al analizador motor. Abundan las parafasias literales.
- Afasia motora eferente o cinética. Con dificultades expresivas de las palabras o de sus fonemas constituyentes para la organización secuencial de las mismas. Hay perseveraciones y agramatismo.
- Afasia dinámica, con pérdida de la iniciativa para hablar.

2.- Afasias sensoriales.

- Afasia sensorial en sentido estricto, con incapacidad para seleccionar y descifrar los mensajes verbales, con lo que hay confusiones e ignorancia del sentido de las palabras.
- Afasia acústico-amnésica, que impide la denominación e incluso la repetición de palabras en series. Sería, como en el caso anterior, por alteraciones en la similitud.
- Afasia semántica, en la que el paciente es incapaz de descifrar el sentido de oraciones de configuración sintáctica compleja, de parlamentos largos, de matices ligados a la declinación, de lo que se desprende de los contextos generales.

Con anterioridad a esta sistematización, LURIA había descrito otra clasificación en la que recogía un abundante material procedente de heridos de guerra. Era la siguiente:

- Por desintegración fonética o pérdida de la síntesis y análisis de los fonemas constituyentes de palabras con un determinado significado. En los casos menos graves serían aquí típicas las confusiones entre palabras de pronunciación parecida, las de raíz igual o semejante. El lenguaje expresivo y la escritura al

dictado o espontánea están igualmente deterioradas.

- Por imposibilidad de síntesis simultánea, o consideración del papel de las palabras en el conjunto de las frases y de la estructuración sintáctica y gramatical de éstas. La afectación recaería sobre los contenidos significativos, semánticos, de las elocuciones y no, como en el caso anterior, de sus aspectos de estructuración fonética.
- Por pérdida de la síntesis sucesiva de los elementos constituyentes de las series continuas. Se pierde la dinámica integradora de éstos y, como explica AJURIAGUERRA, no es posible pasar del objeto al atributo con lo que se pierde el lenguaje proposicional.
- Por último está la pérdida del impulso inicial para comenzar cualquier exposición verbal, con lo que hay una inercia para el monólogo corregible en parte en el lenguaje facilitado y en el diálogo. Es debida a lesiones frontales.

A cada cuadro corresponden determinadas lesiones cerebrales de manera que en la desintegración fonética se afecta la zona posterior del lóbulo temporal izquierdo, en la pérdida de la síntesis simultánea lo estaría la encrucijada parieto-occipital y en la de la síntesis sucesiva el área fronto-temporal anterior.

V.- CLASIFICACIONES PRAGMATICAS O VALORATIVAS DE LA INTENSIDAD

DEL DISTURBIO.

GOODGLASS y KAPLAN se enfrentan a las afasias con un proceder por completo diferente a los hasta ahora expuestos. Tratan simplemente de desentrañar toda la sintomatología patológica que en el campo de la comunicación sufre el paciente afásico. La sistematizan de acuerdo con unos protocolos exploratorios estandarizados y analizan así el grado de deterioro que hay en cada uno de los apartados considerados. No les interesan las posibles modalidades conceptuales, sino su expresión práctica.

Los autores han confeccionado unas baterías de tests de cuya aplicación resulta un perfil cuantitativo de las deficiencias encontradas en el explorado.

Desde el punto de vista rehabilitativo los esfuerzos llevados a cabo según esta metodología tienen un enorme valor ya que se puede planificar de forma muy estricta las programaciones terapéuticas a partir del dintel en el que comienzan los déficits del paciente. Descubren exactamente todas las áreas dañadas y necesitadas de atención reeducativa y, finalmente, facilitan una valoración objetiva y sucesiva de los avances logrados por el afásico a lo largo del tiempo.

Los ítems tenidos en cuenta son los siguientes:

1.- Lenguaje espontáneo coloquial y expositivo de un tema, con reseña de:

- La entonación.
- Longitud de la frase.
- Agilidad articulatoria.
- Estructuración gramatical.
- Parafasias.
- Riqueza de vocabulario y oportunidad de las palabras escogidas.

- Comprensión auditiva.

2.- Comprensión verbal:

- a) Discriminación de palabras mediante selección y reconocimiento de objetos, formas geométricas, letras, acciones, números y colores representados en dos láminas.
- b) Identificación de las partes corporales, de la derecha e izquierda en órganos pares.
- c) Ejecución de órdenes progresivamente complejas tales como
 - Mostrar el puño.
 - Señalar el techo y el suelo.
 - Colocar un lápiz sobre un papel y luego dejarle donde estaba.
 - Poner el reloj al otro lado del lápiz y dar la vuelta al papel.
 - Golpear con dos dedos cada hombro dos veces con los ojos cerrados.
- d) Comprensión compleja. Contestar, afirmando o negando, a cuatro preguntas sencillas de respuesta lógica y empleo frecuente. A continuación leer cuatro párrafos de pocos renglones y hacerle dos preguntas sobre cada uno de ellos.

3.- Expresividad verbal:

- a) Agilidad oral
 - Destreza buco-facial mediante la realización de seis movimientos de menos a más complejos.
 - Agilidad oral mediante la repetición de una o dos palabras el mayor número de veces posible en la unidad de tiempo.
- b) Enunciado de series automatizadas de los días de la semana, meses, numeración hasta el 21 y letras del alfabeto.
- c) Recitado de versos conocidos, oraciones, canciones.
- d) Repetición de palabras de distinta complejidad estructural.
- e) Repetición de oraciones y frases más o menos largas.

- f) Lectura de palabras.
- g) Respuestas ante preguntas cuya respuesta es solo una palabra.
- h) Denominación de objetos representados gráficamente, figuras geométricas, acciones, números, colores.
- i) Denominación de las partes corporales.
- j) Denominación de animales.
- k) Lectura de 10 frases de distinta longitud.

4.- Comprensión del lenguaje escrito:

- a) Discriminación de letras y palabras escritas con diferentes caracteres, de imprenta y manuales,
- b) Reconocimiento de palabras dentro de un conjunto.
- c) Comprensión del deletreo oral de ocho palabras.
- d) Acoplamiento de los letreros a las palabras.
- e) Lectura de las oraciones y párrafos y contestación a varias preguntas sobre ella.

5.- Escritura:

- a) Mecánica de la escritura.
- b) Escritura seriada del alfabeto y de los números hasta el 21. Dictado de letras, números y palabras aisladas.
- c) Escritura a través de dictado y deletreo. Denominación por escrito de diez objetos representados en láminas.
- d) Escritura de frases narrando una escena y al dictado.

6.- Pruebas extralingüísticas de praxias constructivas, gnosias digitales, cálculo y orientación espacial.

SCHUELL y sus colaboradores (JENKINS, JIMENEZ PABON, SHAW y WILLIAMS SEFER) estudian las afasias a partir de un esquema estructural de la comunicación en el que la afectación de unos u otros de sus elementos constituyentes explicaría cada variedad afásica. Aceptan 9 elementos engarzados en 6 niveles integrativos agrupados en dos planos, el de la formulación de la proposición comunicable y el de su instanciación o cursado final. De esta forma tendríamos:

- 1) Formulación de la proposición mediante los siguientes elementos:
- a) Necesidades de cualquier tipo, fisiológico y psíquico, del sujeto.
 - b) Ejecutor de intenciones o regulador de la dinámica necesaria para formular las proposiciones comunicativas.
 - c) y d) Formados por el llamado modo figural del conocimiento, es decir más primitivo y básico porque se lleva a cabo de modo concreto a través de simples señales inmediatas, y el modo simbólico del conocimiento, o a través de los diferentes y posibles códigos comunicativos simbólicos, y que está íntimamente relacionado con el lenguaje con lo que sería el núcleo esencialmente dañado en las afasias.
 - e) Planificador-intérprete de las proposiciones, con lo que se facilita la síntesis del programa comunicativo que el sujeto emite o recibe. Constituye el elemento que engarza el plano de la formulación de las proposiciones con el de su instanciación.
- 11) Instanciación de proposiciones, gracias a:
- f) y g) Sinergismos efectores que se corresponderían con los estereotipos dinámicos reflexológicos, pero ampliada esta noción en el sentido de ser susceptibles de continuas modificaciones a partir de controles más superiores, y sinergismos receptores semejantes a los anteriores pero referidos a los mecanismos comprensivos.
 - h) e i) Organos efectores (órganos de la fonación) y receptores.
- Los autores citados admiten que en la afasia habría síntomas primarios, secundarios y complicaciones:
- A) Síntomas primarios.
- Dificultad básica, o anulación, en la facultad de formular proposiciones psicológicas de modo simbólico. Tanto de percibir las como de estructurarlas verbalmente.

- Reducción del vocabulario disponible.
- Trastornos de la retención verbal.

B) Síntomas secundarios o reactivos de los primarios, son esencialmente de carácter emocional, social, de integración comunitaria, del modo de enfrentarse a su nueva situación vital.

C) Complicaciones de la afasia.

- Deficiencia auditiva específica con fallos en la discriminación de los sonidos, en la retentiva de ellos y de sus secuencias, en la captación de enunciados a poca longitud que tengan.
- Deficiencia visual específica de carácter igualmente discriminatorio de las formas, de las letras sobre todo, y que afecta particularmente a la lectura y escritura.
- Deficiencia sensoriomotriz específica de carácter propioceptivo que dificulta los patrones de movimientos articulatorios y se correspondería con los trastornos de apraxia bucofacial tan valorados por ciertas escuelas.
- Deficiencias articulatorias específicas ligadas a perturbaciones motoricas, parálisis y paresias más o menos ostensibles de los órganos de la fonación.

A continuación, y una vez efectuada esta presentación, los citados autores proceden a un intento clasificatorio de formas más leves a las más graves y profundas:

- Afasia simple por afectación del modo simbólico del conocimiento. Hay una afectación uniforme, pero poco intensa de la comprensión y expresión oral, escrita y del cálculo. Es el caso más favorable.
- Afasia con compromiso verbal. Se sobreañade afectación del planificador intérprete de las proposiciones. La lecto-escritura está más dañada.
- Afasia con disfluencia persistente en la que el elemento sobreañadidamente afectado es el de los sinergismos efectores. Predominan los trastornos expresivos.

- Afasia con hallazgos dispersos, en la que junto al modo simbólico de conocimiento están lesionados el ejecutor de intenciones, el modo figural de conocimiento y los organos efectores. El grado general de afectación para todos los modos comunicativos es más profundo, sobre todo para la escritura.
- Afasia con compromiso sensorio-motor. Al disturbio general de todas las variedades se suman los del planificador intérprete y de los sinergismos receptores y efectores. La expresividad verbal aparece hondamente comprometida, aun cuando la comprensión y lecto-escritura lo están también en alto grado.
- Afasia con impercepción auditiva intermitente en donde el modo simbólico del conocimiento, el planificador intérprete y los sinergismos receptores están afectados. Da lugar a cuadros semejantes al caso anterior, aunque la expresividad verbal esta algo más conservada.
- Afasia irreversible. Es la situación más grave, ya que todos los elementos constituyentes del esquema estructural de la comunicación están afectados.

Este enfoque se realiza con miras a conseguir una reeducación lo más amplia y coherente posible, por lo que cada modalidad afásica descrita se explora mediante una cuidada batería de tests de cuyo resultado final resulta un perfil de afectación valorado en porcentajes sobre cien.

MENA ha confeccionado unas tablas de exploración de la comprensión verbal, expresividad oral y escrita, articulación, balance fonético y lenguaje mímico que son valoradas de 0 a 100. Permiten una mensuración de las funciones comunicativas alteradas en la afasia, o en cualquier otro disturbio. Cada una de ellas comprende los siguientes items:

Tabla I para la comprensión verbal

- Manifiesta interés al hablarle.
- Manifiesta emociones al hablarle.
- Diferencia voces distintas.

- Cumple órdenes sencillas.
- Cumple órdenes complejas.
- Escoge un objeto.
- Escoge una palabra escrita.
- Asocia un letrero con el objeto que denomina.
- Ordena las palabras de una frase (desordenada).
- Resuelve un problema matemático.

Tabla II de expresividad verbal y escrita

- Afirmación y negación.
- Nombre y apellidos.
- Esquema corporal.
- Nombres de los familiares.
- Objetos domesticos.
- Funciones organicas y actividades de la vida diaria.
- Lugares.
- Tiempo.
- Funciones profesionales.
- Vocabulario profesional.
- Oraciones simples.
- Oraciones coordinadas.
- Oraciones subordinadas.
- Utilización de vocabulario abstracto.
- Lectura.
- Escritura.
- Manejo de vocabulario matematico.
- Es capaz de explicar con una palabra un dibujo.
- Explica un dibujo con una frase.
- Canta.

La valoración se hace de 20 en 20 puntos según haya que ayudarle con la primera sílaba, palabra, no necesita ayuda pero comete errores, comete omisiones o es completamente normal.

Tabla III o balance fonético, donde se incluye:

- Tono (normal, bitonal, ronco, feminoide, masculinoide y áfono)
- Ritmo (normal, taquilálico, bradilálico, disfémico y afémico)

- Intensidad (80, 60, 40, 20 y menos de 10 decibelios).
 - Duración de la espiración hablada (45, 30, 20, 10 y menos sílabas).
 - Fatiga verbal (en una jornada profesional, media, 2 y 1 horas)
- Tabla IV o balance articulatorio de vocales, consonantes y sífonos.

Tabla V del lenguaje mímico, con valores de 100, 75, 50, 25 y 0 según:

- Se haga entender en la vida laboral.
- Se haga entender en la vida cotidiana.
- Describa un suceso.
- Describa un objeto o manifieste lo que necesita en un momento determinado.
- Carece de lenguaje mímico.

Como puede apreciarse estas tablas son un intento de clasificación inespecífico, según criterios numéricos.

GIMENO ALAVA procedió al estudio de un grupo de afásicos en los que la investigación de los disturbios de la simbolización tuvo en cuenta el desarrollo ontogenético de las esferas fásica, gnósica y práxica de la comunicación. Confeccionó una clasificación en profundidad, según la importancia de los disturbios y en dos planos simultáneos, que se recoge a continuación:

A) En cuanto a la función fásica estricta:

Grupo I: Afectación del lenguaje espontáneo, denominación, comprensión profunda verbal y escrita. Repetición de frases.

Grupo II: Más la repetición de palabras y comprensión de órdenes verbales y escritas complicadas.

Grupo III: Más la repetición de sílabas, también de órdenes simples.

Grupo IV: Incomprensión incluso de órdenes escritas elementales.

Grupo V: Igual pero con incomprensión verbal total.

B) En cuanto a la función práxica:

Grupo I: Está afectada la escritura libre, el dictado de palabras y números y la división.

Grupo II: También la multiplicación y la escritura copiada.

Grupo III: No es posible la resta. Hay apraxias constructivas.

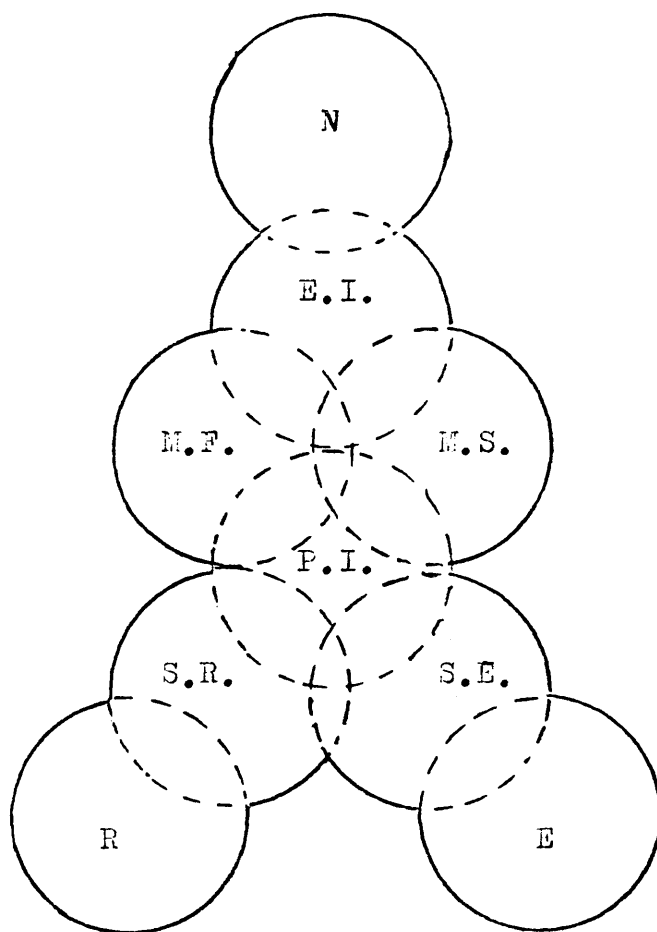
Grupo IV: No hay sumas. Alteración del esquema corporal, de los esquemas visuales, de las orientaciones espaciales.

Grupo V: Deterioros más acusados de apraxia buco-facial, apraxia para cualquier acto, incluso los más simples. La concatenación sucesiva de acciones elementales es imposible.

Como puede apreciarse los grupos de igual numeración aparecen en el mismo nivel de complejidad aunque se refieran a funciones distintas. El aspecto práctico de la clasificación viene dado por la consideración globalizada de perturbaciones no exclusivamente ligadas a la lectura, escritura o lenguaje verbal sino a todos aquellos aspectos que de un modo u otro comprometen las relaciones del sujeto con su entorno físico y social.

WEPMAN aporta otra clasificación en cierto modo incluíble en este apartado, aun cuando aborda el problema desde una perspectiva más bien clínica y lingüística. Acepta varias clases de afasia según la sintomatología reseñable y la profundidad de la misma. Describe las siguientes:

- Afasia global, con afectación general intensa de todo el lenguaje.
- Jergafasia.
- Afasia pragmática, que permite utilizar un lenguaje reducido.
- Afasia semántica, con alteraciones de ciertas significaciones y con anomías.
- Afasia sintáctica, con trastornos de esta índole.



Esquema estructural de SCHUELL para describir la dinámica de la comunicación. N: Necesidades. E.I.: Ejecutor de intentos. M.F.: Modo figurar del conocimiento. M.S.: Modo simbólico del conocimiento. P.I.: Planificador-Intérprete. S.R.: Sinergismos receptores. S.E.: Sinergismos efectores. R.: Receptores. E.: Efectores. La afectación de cada uno de estos elementos, o de varios, da lugar a diversas modalidades de afasias.

VI.- CLASIFICACIONES CLINICAS.

Las clasificaciones recogidas en este apartado tienen el particular interés de que nos aproximan a la situación del paciente teniendo en cuenta toda la sintomatología demostrable pero, al mismo tiempo, utilizando todas las adquisiciones que otras escuelas o tendencias pueden aportar, sin olvidar las descripciones clásicas. Estas últimas no olvidemos que tuvieron el gran mérito, tanto en este campo como en general en el de toda la patología, de proceder a exploraciones muy minuciosas de los pacientes.

AJURIAGUERRA es probablemente uno de los autores que verifica de forma más rigurosa esta metodología expositiva, a la cual es posible, de otra parte, aplicar los enfoques de otras escuelas. Juntamente con HECAEN describió los siguientes tipos:

- 1) La afasia de WERNICKE, con trastornos acusados de la comprensión, de la escritura y lectura.. Sin defectos articulatorios pero abundantes parafasias, perseveraciones, jergafasia, logorrea y anomias. El cálculo y el sentido musical se ven igualmente afectados (acalculias, anusias). Suele acompañarse de hemiparesias, no muy acusadas con frecuencia, de apraxia ideatoria e ideomotriz, más rara, así como de estereognosia. Hay hemianopsia.
- 2) Afasia de BROCA, con muy importante afectación articulatoria que llega incluso al mutismo total (a la emisión exclusiva de alguna estereotipia. La comprensión y musicalidad se conservan. La lectura y escritura, salvo la copia, están muy dañadas. Son frecuentes las dificultades para la orientación espacial, el dibujo y el cálculo. Hay hemiplejía.
- 3) Afasia de DEJERINE, o total por asociación de las dos modalidades anteriores.
- 4) Afasia amnésica, o de PITRES, caracterizada por la dificultad elocutiva en ciertas palabras, con lo que hay anomias

y perífrasis. Puede existir una predilección para determinadas palabras (sustantivos, verbos, colores, etc.).

- 5) Afasia de conducción, en la que el síntoma esencial es la imposibilidad de repetir las palabras previamente escuchadas con lo que el paciente responde, en todo caso, parafásicamente pese a concienciar la incorrección de la misma. Se acompaña de afectación de la escritura, especialmente al dictado, y de la lectura en alta voz.
- 6) La anartria de PIERRE MARIE, en la que el paciente, hemipléjico derecho, ha perdido por completo el lenguaje articulado o está reducido a alguna estereotipia corta del tipo de las exclamaciones. Las funciones mentales superiores están conservadas, al igual que la escritura y la lectura en voz baja. No hay alteraciones comprensivas. En los casos menos profundos los disturbios objetivables son de carácter simplemente disartrico.
- 7) La alexia pura, que en los raros casos que así se encuentra habría que englobarla en las agnosias.
- 8) La acalculia pura, igualmente clasificable dentro de las agnosias visuales.
- 9) La agrafia, con varias clases.
- 10) La sordera verbal que muy raramente aparece sola. Sería en sujetos que sin tener afectación ideativa ni del lenguaje interior son incapaces de comprender lo que se les dice o sus propias manifestaciones. Se señala como característico la indiferencia e inatención hacia los sonidos y palabras que llegan a sus oídos. En los casos más severos afecta a todos los sonidos, incluidos los extralingüísticos.
- 11) Finalmente se refieren a las amusias como grupo heterogéneo dentro de la esfera musical.

Esta metodología expositiva de las afasias tiene la ventaja de considerarlas en un contexto general en el que aparecen integrados los demás síndromes invalidantes (sensitivos, senso-

riales, motores, gnoso-práxicos e incluso ideativos y emocionales) que aquejan a estos pacientes. Esta perspectiva es particularmente valiosa a la hora de proceder a una rehabilitación global, aun cuando esta dimensión no la abordan de manera explícita los autores. Por otra parte establecen una distinción entre las cinco primeras formas clínicas (afasias de conducción, WERNICKE, BROCA, total y amnésica) y el resto, al que califican de afasias disociadas por aparecer afectado un aspecto muy concreto de la comunicabilidad verbal o gráfica, pero sin afectación de lo que ha venido en denominarse lenguaje interior.

Las dificultades clasificatorias son claramente puestas de manifiesto por AJURIAGUERRA y HECAEN, ya que la anterior exposición la consideran como una descripción y no una auténtica clasificación. Por ello se ocupan también de lo que denominan "formas particulares" en las que se estudian las afasias infantiles, de los zurdos, sordomudos y políglotas.

ALAJOUANINE arranca de premisas clásicas y continua la línea unitaria trazada por P. MARIE. Rechaza los calificativos de sensoriales y motores para las afasias de BROCA y WERNICKE, ya que trata de matizar y profundizar más en sus características, y también reconsidera el concepto de anartria al que considera excesivamente simplista. Describe las siguientes variedades:

- 1) Afasia con disociación, sin afectación articulatoria, y en la que se aprecian trastornos comprensivos, expresivos no articulatorios, y de la lectura y escritura. Se subdivide del modo siguiente:
 - Afasia temporal completa, con anosognosia sobreañadida.
 - Jergafasia.
 - Afasia temporal con acusado componente comprensivo.
 - Afasia amnésica, a la que considera emparentada con la anterior.
- 2) Afasia global o con afectación articulatoria, en la que se incorporaría el "síndrome de desintegración fonética" des-

por este autor y DURAND y OMBREDANNE. Se delimitarían dos formas clínicas según hubiese una sintomatología muy florida, lo que daría lugar a la afasia total de DEJERINE, o bien únicamente predominase claramente el síndrome citado, lo que daría lugar a la forma ordinariamente conocida como afasia de BROCA.

- 3) Finalmente se encontrarían las alteraciones aisladas de los polos receptivos y expresivos del lenguaje, tales como la anartria genuina, la sordera verbal puray la agrafia y alexia aisladas. Con lo que coincidiría con el modo de pensar de AJURIAGUERRA sobre las por éste denominadas afasias disociadas.

HECAEN y ANGELERGUES proceden a otra clasificación en la que, sin abandonar la línea tradicional clínica de la neurología francesa, introducen un enfoque lingüístico que ayuda a obtener una visión más racional del problema. El esquema general, que tiene en cuenta también las aportaciones de DUBOIS, es el siguiente:

- 1) Afasias de expresión o realización motriz del lenguaje.
- Afasias de programación fónica, en la que falla la selección y secuenciación adecuada de los fonemas necesarios para lanzar el mensaje verbal. Se relacionaría con el síndrome de desintegración fonética.
 - Afasia agramática, en la que encontramos el agramatismo de PICK y un fracaso de los mecanismos lingüísticos de contigüidad a los que se referían JAKOBSON y HALLE.
 - Afasia de programación frásica, con afectación de la capacidad sintáctica y gramatical de organización de las oraciones. Es decir que así como en las afasias de programación fónica habría un fracaso en la estructuración de los fonemas (unidad lingüística fonética), en la agramática lo sería de los monemas (unidad lingüística de significado) y en la frásica de los sintagmas (conjunto de monemas que se enlazan para dar un significado unitario).

2) Afasias de recepción

- Con predominio de la sordera verbal.
- Con predominio de la jergafasia, mal concienciada y anosognósica.
- Con deterioro de la atención y capacidad de concentración, lo que acarrea perseveraciones y ecolalia.

3) Afasia amnésica, con afectación de la similaridad.

4) Agrafias (apráxica y afásica).

5) Alexias

- En las afasias de recepción.
- Asociada a agrafia.
- Verbales y literales.
- Globales.

Como puede apreciarse de la consideración de todas las anteriores clasificaciones, existiría una unanimidad bastante generalizada en aceptar la afasia de WEERNICKE y la de BROCA, aun cuando para cada autor su significado sería diferente y, desde luego, alejado en mayor o menor grado de las nociones que en su tiempo tuvieron ambos neurólogos sobre las entidades a las que dieron sus nombres. Existen otras dos variedades, en un segundo plano de frecuencia, que son las afasias de conducción y amnésica negadas o aceptadas por unos y otros. WEISEMBURG y MAC BRIDE aceptan la segunda y optan por las siguientes variedades:

- Afasia expresiva.
- Afasia receptiva.
- Afasia expresivo-receptiva.
- Afasia amnésica.

Las diferencias conceptuales para las mismas denominaciones hacen que la afirmación de VON MONAKOV de que no existen modalidades diferentes de afasias sino distintos pacientes afásicos que cambian a lo largo del tiempo, incluso de unos momentos a otros, tenga una especial importancia tanto neurológica como rehabilitativa.

GOLDSTEIN aporta una nueva interpretación de la afasia. Parte una visión gestáltica del problema, en el que habría una afectación general del psiquismo con repercusión básica sobre el lenguaje el cual sería el cauce de una función que denomina "actitud categorial" que permite diferenciar una vertiente más concreta e inmediata y otra abstracta más afectada en las afasias y que sería independiente de las instrumentalidades del lenguaje en sí. El afásico tendría, pues, una afectación de carácter intelectual verbal y extraverbal y de los mecanismos finales que dan forma a la elocución. Presenta la siguiente clasificación:

1) Afasias expresivas.

- Disartria.
- Afasia motriz periférica (solo de la instrumentalidad)
- Afasia motriz central (con deterioro de la esfera abstracta).

2) Afasias receptivas.

- Afasia sensorial periférica (sordera verbal).
- Afasia sensorial central o de WERNICKE (por asociación de componentes de la anterior y de las dos siguientes).

3) Afasia central o de conducción, pero en la que junto al signo patognomónico de imposibilidad de repetición se añadirían alteraciones del lenguaje espontáneo, de la lectura, del deletreo y de la escritura.

4) Afasia amnésica.

5) Afasias transcorticales.

- Afasia motriz transcortical (con dificultades para romper a hablar).
- Afasia sensorial transcortical (en la que la repetición verbal no se acompaña de comprensión de lo expuesto).

6) Disturbios intelectivos con repercusiones sobre el lenguaje pero de carácter no afásico.

Considerando al lenguaje como una nota esencialmente humana,

las ideas de GOLDSTEIN deben entenderse como que la afasia es algo más profundo que un simple trastorno del lenguaje, ya que modifica profundamente el modo de desenvolverse como tal el hombre. Los restos de lenguaje que se conserven adquieren incluso un sentido diferente al habitual, al estar de algún modo dañada la actitud categorial y, en definitiva, el propio lenguaje interior. En la afasia central encontramos una afectación de éste último, en la afasia amnésica los serían las capacidades simbólicas y abstractas, en las transcorticales y periféricas lo estarían simplemente las instrumentalidades.

LORD BRAIN, por su parte, distingue las siguientes modalidades:

- 1) Afasia central, con sintomatología receptiva y expresiva, por lo que se trata de un cuadro más extenso y profundo que el de la afasia de conducción genuina con la que el autor la equipara. Se daría en lesiones posteriores de la primera circunvolución temporal izquierda y parte vecina parietal.
- 2) Afasia nominal o amnésica de PITRES clásica, con lesiones temporoparietales izquierdas.
- 3) Afasia de BROCA, con escasa afectación comprensiva y muy acusada expresiva, por lesiones predominantemente de los dos tercios posteriores de la tercera circunvolución frontal.
- 4) Mudez verbal pura con abolición total del lenguaje expresivo. Relacionada con la anterior variedad.
- 5) Sordera verbal pura o pérdida de la comprensión de cualquier sonido. Por lesión de la parte media de la primera circunvolución temporal.
- 6) Variedades mixtas o asociación de alguna de las anteriores formas.
- 7) Acalculia.

La Sociedad Americana para el Estudio de las Alteraciones del Lenguaje confeccionó una clasificación de todas ellas en la que el epígrafe dedicado a las afasias queda así:

1) Afasia motriz.

- Agrafía.
- Amusia.
- Amimia.
- Logofasia. Afasia articulatoria. En este apartado hay a su vez subdivisiones para la afemia, amnesia verbal articulatoria, mutismo mental, afasia vocal motriz, mudez psíquica.
- Alexia motriz.

2) Afasia sensorial.

a) Afasia auditiva.

- Sordera mental, en la que se incluye la amusia sensorial y la sordera verbal.
- Sordera psíquica.

b) Afasia visual.

- Ceguera intelectual.
- Ceguera mental.
- Ceguera psíquica, incluidas la agnosia y alexia.

3) Afasia mixta.

- Agramafasia. Afasia sintáctica.
- Hipología.
- Bradifasia (habla lenta e insegura).
- Catafasia (habla repetida).
- Parafasia.

4) Afasia total.

Esta clasificación es muy polimorfa y en ella se incluyen sin duda cuadros que en parte se alejan bastante de los que se consideran genuinamente afásicos.

- 3 -

LA DOMINANCIA HEMISFÉRICA EN LA PSICOFISIOLOGÍA DEL

LENGUAJE Y SUS IMPLICACIONES EN LAS AFASIAS.

Desde que DAX en 1.836 reparó que la afasia iba ligada a lesiones del hemisferio cerebral izquierdo, la dominancia hemisférica ha constituido un caballo de batalla obligado de todos los estudios y consideraciones que se han venido realizando sobre los mecanismos neuronales que hacen posible el lenguaje. Pero el problema rebasa ampliamente la órbita verbal es tricta y se extiende a todos los campos prácticamente de las funciones mentales superiores. Se trata, en definitiva, de una peculiaridad inherente al S.N.C. del hombre, máxima expresión filogenética de las especies animales, y que hará posible la inserción del espíritu en la materia en el sentir de BERGSON. Sin embargo estamos aún lejos de resolver todas las incógnitas neuropsicológicas que plantea la dinámica interna del funcionalismo de los hemisferios cerebrales, a los que se adjudican funciones altamente diferenciadas pero interrelacionadas y suplementarias.

El fenómeno de la asimetría funcional manual fue abordado desde antiguo. Ya PLATON en su Libro VII, "Las Leyes", lo achaca al influjo educacional. A partir de entonces se han elaborado multitud de teorías explicativas del distinto significado anatómico y funcional de uno y otro hemicuerpo. BUCHANAN se refirió al papel del hígado, por ser una víscera voluminosa y pesada situada en la parte derecha del abdomen que marcaría de algún modo la estructura corporal. BOY y BROCA subrayaron el mayor desarrollo del hemisferio izquierdo, que para LUDWIG se apreciaría macroscópicamente y para LASSERK desde el punto de vista histológico. BOLK, GAUPP y OGLE se refieren a diferencias hemisféricas en lo referente a la distribución vascular. GUD-DECKENS habla de una diferencia de tensión sanguínea en uno y otro. BLOCK y MARTENS ven un privilegio de irrigación en el miembro superior derecho. JORDAN cree en una facilitación de la irrigación del hemisferio izquierdo por la ramificación de la

aorta durante el desarrollo prenatal.

Otra teorías barajan factores socio-culturales como responsables del fenómeno. Se ha responsabilizado a ciertas prácticas religiosas del hombre primitivo y, sobre todo, a la necesidad de durante la lucha protegerse el lado izquierdo, el del corazón, con una mano mientras que con la otra, es decir la derecha, se trata de alcanzar esa víscera del contrincante con un arma (esta es la opinión de WEBER y CARLYLE al considerar el uso del escudo y del puñal. También se ha querido valorar la actitud de la madre con el niño en brazos, y a este respecto cabría comentar que en la iconografía mariana el niño va, hasta el siglo XV, cogido por el miembro superior izquierdo y apartir de esa fecha por el derecho. Esta última consideración nos lleva a valorar el papel de los hábitos culturales en el predominio manual. WOLFPIN, HYGHE y GARDNER demuestran que nuestro entorno está lateralizado hacia la derecha, según se demuestra en fotografías, pinturas, teatro y en cualquier quehacer humano sobre el que dirijamos nuestra atención buscando este tipo de hallazgos.

Desde el punto de vista estadístico habría igual número de probabilidades de que se realizara el predominio izquierdo e el derecho. Que fuera este último el preponderante se ha achacado a que en un principio surgió al azar "una serie excepcional" de individuos diestros, con lo que sus descendientes quedarían condicionados socio-culturalmente al empleo preferente del hemi-cuerpo derecha, con independencia ya de cualquier mecanismo probabilista.

Otro grupo de teorías creen encontrar el origen de la asimetría corporal en diferencias sensoriales, como es el que preconizan BIERLIET y DROSDA y que para GAULP y SIMS PARSON serían de carácter visual por motivos más bien genéticos.

Algunos autores han visto en el predominio izquierdo manual

un signo de epilepsia (LOMEROSO), ciertas taras mentales (SOLLIER MAYET, etc.) e incluso la presencia de caracteres intersexuales (FLIES). Se han dado interpretaciones psicológicas sobre la significación "femenina" del lado izquierdo del cuerpo y "masculino" del derecho. En ciertas comunidades hay descritas reacciones de desconfianza o recelo ante los individuos zurdos.

Mayor interés tienen los estudios sobre posibles predisposiciones genéticas que se estudian a la vista de arboles genealógicos familiares, en los que se valora el predominio manual. Pata TRANKELL, sería un problema de herencia genética en donde el ser manidestro constituiría un carácter dominante, mientras que el ser zurdo sería recesivo. BLAU niega el origen genético y ZAZZO afirma que en los gemelos uni o bivitelinos la proporción de zurdos es semejante a la del resto de la población. Estadísticas de CHAMBERLAIN y RIFE demuestran que si los padres son ambos zurdos el 46% de los hijos lo será, mientras que si solo lo es uno de ellos la proporción baja al 17 %. En el caso de que no lo sea ninguno la probabilidad es del 2 %. La influencia genética la interpretan ARNOLD y DARESTE como un fenómeno que determina ciertos procesos de torsión en el embrión durante su desarrollo.

También cabe reseñar que existen diferencias, aunque no muy acusadas, en la proporción de zurdos de los distintos países. Se ha señalado una diferencia sexual en el sentido de que serían más frecuentes, hasta el doble, en el sexo masculino que en el femenino. Las cifras barajadas oscilan entre un 1% (HASSE y DEKNER) y un 25 % (BYNGELSON). Pero los valores más fiables oscilan alrededor del 5 %, rebasándose al parecer algo esta cifra en países como U.S.A. y el Reino Unido.

Ahora bien, la noción de lateralización debe entenderse en la actualidad como un fenómeno mucho más extenso y profundo que el del mero predominio fundional de una mano sobre la otra. Se tra-

ta de un hecho específico de la dinámica cerebral humana. Los que han buscado el equivalente en otras especies animales (SUEIRANA, GAUP, KOHLER, NESTURJ) han costatado en algunos casos una cierta preferencia para el empleo de uno de los remos, pero en modo alguno se han podido equiparar con lo que sucede en el hombre, ni siquiera en los primates más superiores. Para MARTIN AGUDO el ambidestrismo se extendió hasta el paleolítico inferior y sería a partir de entonces cuando comenzaría a surgir esta peculiaridad ya que en algunos instrumentos de piedra pulimentada hemos constatado una mayor facilidad de uso para la mano derecha.

La dominancia hemisférica está muy ligada al uso preferencial de la mano derecha y al lenguaje. BRAIN dice que el inicio de un predominio derecho para regir el habla condicionó el manual mientras que para otros autores sucedió lo contrario o ambas cosas simultáneamente.

Pero la simetría funcional se extiende desde luego a todo el hemicuerpo, y no solo desde el punto de vista motorico sino también sensorial. Para POTZL es la responsable de la realización de acciones mas discriminadas, específicas y complejas, ya que evita la aparición de movimientos globales que dificultan una fina intencionalidad. La consecución de operaciones de carácter asimétrico permite un ahorro de esfuerzo y una mayor centralización de la capacidad de dirigir la atención y las manipulaciones en una determinada dirección intencional, así como la posibilidad de que aparezca la conciencia al existir un núcleo director de toda la actividad nerviosa superior (SERAFETINIDES; HOARE, DRIVER).

De lo expuesto parece deducirse que la distinta significación de uno y otro hemicuerpo, o de uno y otro hemisferio cerebral, no debe entenderse tanto como una supremacía jerárquica sino como una repartición funcional polarizada hacia uno de los lados.

Cabe preguntarse si el proceso mediante el cual se alcanza el predominio de un hemisferio no está mediatizado por los estímulos acústicos, lo que nos volvería a recordar las relaciones existentes entre lateralización y lenguaje. El sistema acústico empieza a ser funcional antes del parto, en plena etapa fetal, como corroboran estudios de NEGUS, LORENZ, TOMATIS, etc. El feto recibe estímulos sonoros del medio circundante, y de ellos parecen fundamentales los procedentes de la madre con lo que se establece un peculiar vínculo materno-fetal. Desde el punto de vista obstétrico se observa que siendo la situación longitudinal casi la norma (el 99,5 %) comporta un 96 % de presentaciones cefálicas, en la que la posición izquierda del occipucio (en especial la izquierda anterior) debe ser considerada la más frecuente. Esta situación de presentación supone una mayor proximidad al mundo exterior del pabellón auditivo derecho que resulta así más fácilmente estimulado. Los potenciales bioeléctricos despertados en el oído interno caminan vía VIII par y vías acústicas para, previa estación cuadrigeminal, hacer estación terminal en el lóbulo temporal izquierdo, en sus áreas fonoreceptoras. Desde ellas, y mediante una serie de conexiones, los estímulos aferenciales irían configurando o facilitando, en el sentir de SHERRINGTON, otras áreas cerebrales incluidas aquellas que intervienen en procesos ligados a la comunicación y el lenguaje en ese hemisferio.

KIMURA ha establecido experimentalmente que el oído derecho, en el caso habitual de ser el dominante, presenta mejores conexiones con el hemisferio izquierdo, en especial con las áreas del lenguaje, mientras que las homolaterales son más débiles. Este hecho trasladado a la vida fetal se interpretaría como que las aferencias corticales sonoras (que con la táctil-propioceptiva serían en el feto las primordiales al no existir la lumínica) podrían tener un correlato motor, máxime dada la vecindad

topográfica de las áreas motoras (4,6). La actividad motora sería, sobre todo, de las extremidades contralaterales y, por ello, derechas en este caso prototipo que venimos analizando. Sin olvidar que en el decúbito dorsal materno, y al colocarse gravitacionalmente el feto, son las extremidades derechas las que en ese caso tendrían más espacio disponible en el líquido amniótico para sus excursiones motoras. Es así como se iría configurando una lateralidad, inicialmente solo ligeramente esbozada merced a los citados estímulos sonoros.

Junto a estos factores condicionantes primeros habría que alinear otros de carácter genético facilitador e, inmediatamente después del parto añadir otros múltiples capaces de influenciar de forma muy intensa la lateralización. Se trata de los de carácter cultural, en gran manera, que polarizan el entorno hacia la derecha, gran parte de ellos serán vehiculizados por la madre desde el momento que es ella la principal protagonista estimuladora del niño.

Si bien antes del nacimiento las aferencias sensoriales tenían un carácter fundamentalmente propioceptivo y auditivo, inmediatamente después el niño se encuentra sometido a un auténtico bombardeo polisensorial en el que los estímulos visuales van adquiriendo, en condiciones normales, un predominio cada vez más transcendente. Indudablemente estos factores, actuantes unos momentos en que se está llevando a cabo el proceso madurativo del S.N.C., van a repercutir ostensiblemente en la fijación de una lateralidad aún no completamente fijada, pero que ya se iba facilitando desde antes. El papel desempeñado por la visión, con la fijación de un campo visual dominante, permite el establecimiento de especiales relaciones ojo-mano, básicas en la manipulación y, en general, para el establecimiento de unas adecuadas relaciones entre el sujeto y su entorno que permitan el desarrollo de las funciones mentales superiores del sujeto,

con especial hincapié en la órbita comunicativa verbal, y de una correcta senso-motricidad. TOURNAY estudia las relaciones ojo-mano ontogenéticamente y afirma que ya a los 115 días el niño mira su mano derecha y a los 145 su mano izquierda. Por todo lo dicho se comprende ya desde ahora la importancia de cuidar la armónica coordinación óculo-manual en los programas reeducadores no solo del afásico sino de otros cuadros invalidantes múltiples entre los que cabe señalar sobre todo la parálisis cerebral y la deficiencia mental.

La incidencia de cualquier agente agresor a nivel del S.N.C. o de los órganos senso-motores del sujeto modifica las características de su fórmula de lateralización hemisférica. Estos cambios serán tanto más fáciles cuanto se lleven a cabo con mayor precocidad. En parálisis cerebrales hemos podido observar que en ocasiones la mano dominante, la que el niño trata de utilizar con mayor frecuencia e intencionalidad, no corresponde siempre con el miembro superior que se encuentra en mejores condiciones funcionales, lo cual hace pensar que la predisposición a poseer una determinada variedad de dominancia era anterior a que tuviese lugar la agresión encefálica.

De lo expuesto parece en principio verosímil la hipótesis de la configuración ya en la etapa uterina del ser humano, de una dominancia hemisférica inducida por la percepción sonora, aunque no de modo exclusivo. Son a este respecto interesantes las experiencias de TOMATIS. Para este autor la fonación y la audición se condicionan recíprocamente, hecho ya admitido de antaño, encerrando esta interpretación una evolución funcional de la laringe y, sobre todo, del oído que de su primitiva labor localizadora de sonidos ha pasado a su análisis, que sería fase previa para elaborar engramas fonomotores. Así llegamos como etapa final a la expresión verbal que aparece en el hombre, y no en animales relativamente superiores como los primates,

como vehículo para transmitir la propia experiencia y de enriquecerse con la ajena.

Fisiológicamente, sigue afirmando TOMATIS, dos fases en la aventura auditiva de todo ser humano, separadas por su nacimiento. En la fetal, el nuevo ser toma conciencia de la presencia de la madre a través de sus ruidos viscerales y, sobre todo, de su voz; todo ello filtrado por un medio líquido presente en los tres compartimentos de su oído, y en una banda de frecuencias en torno a los 8.000 hertzios. En los días que siguen al parto, más o menos los diez primeros días, y en tanto se vacía de líquido amniótico su oído medio, existe un periodo de transición con lo que se llega a una fase en que el recién nacido, por progresiva adaptación al medio aéreo de su oído externo y medio y ampliando progresivamente una banda de percepción que TOMATIS sitúa inicialmente entre los 300 y 800 hertzios, llega por lenta evolución a la plenitud del campo de recepción sonora del adulto. En esta fase el niño continúa escuchando la voz de la madre, ya captada en distintas frecuencias en la etapa fetal, y la va de nuevo reconociendo por su ritmo e inflexiones. Este renacer sensitivo, ayudado por visión, cada vez más perfecta, de la figura materna induce las primeras respuestas sonoras del niño, como gritos de júbilo o reprobación.

La importancia modeladora de los sonidos en la lateralización sería corroborada por estudios de ALVES, entre otros, que señalan la deficiente dominancia de los sordomudos.

Interesa determinar el grado y características del predominio funcional hemisférico sobre los segmentos y funciones corporales sobre los que actúa, y especialmente en lo que se refiere a la interrelación e influencias que pueda haber en cada sujeto para sus capacidades lingüísticas. Uno de los métodos más apropiados para este fin es la prueba de WAADA, consistente en inyectar amitibarbital en una de las arterias carótidas internas, con lo

que se produce la anulación pasajera del hemisferio de ese lado. De esta manera, es posible estudiar el papel que el otro hemisferio desempeña respecto al lenguaje. Sin embargo los datos obtenidos no son del todo concluyentes y, además se trata de una prueba engorrosa y no excesivamente sencilla de realizar.

De más fácil utilización, y empleo más generalizado, son las baterías de tests para conocer las peculiaridades funcionales de cada hemicuerpo. Hay que advertir, empero, que no es posible con ellas alcanzar conclusiones exactas y profundas sobre la dinámica íntima de este hecho. El problema es aún mayor cuando se plantea el realizar estas pruebas a afásicos, ya que la presencia de otras manifestaciones neurológicas en uno de los lados corporales compromete la eficacia comparativa de las susodichas pruebas. El ideal, al menos teóricamente, sería conocer minuciosamente, mediante la aplicación de innumerables tests, la personal fórmula de lateralización de un sujeto que posteriormente sufriera una afasia y en el que fuera posible realizar una detallada confrontación ulterior de los datos primeros.

Las pruebas habitualmente empleadas, que algunos complementan con estudios electroencefalográficos, son por lo general las recogidas por autores como HARRIS y ZAZZO. Pese a no ir directamente encaminadas al estudio de la lateralización del lenguaje permiten una visión global del problema y por ello nos extendemos sobre ellas con alguna profundidad. Se trata de descubrir, de forma aproximativa, los predominios y concordancias entre manos, piés y ojos. Las más conocidas son:

A) Para la mano:

- Medición de la fuerza alcanzada con una yotra en un dinamómetro.
- Manipulación espontánea de objetos varios, reseñándose la habilidad y la rapidez ejecutiva.
- Punteado comparativo de cuadrículas en la unidad de tiempo

con un instrumento de escritura.

- Escribir con una y otra mano una frase.
- Escritura simultánea y rápida de números y letras sin control visual, reseñándose las inversiones de signos con cada mano y el aspecto general de los grafismos.
- Dar cartas con una y otra mano. Se observa el modo de llevar a cabo esta acción y el número de naipes repartidos con cada mano en la unidad de tiempo. También el modo de barajar.
- Enhebrar una aguja.
- Devanar un carrete de hilo.
- Encender y apagar cerillas en la unidad de tiempo.
- Colocar bolitas en el interior de un recipiente o botella.
- Preferencia habitual para ejecutar diversos actos de la vida cotidiana según investigación anamnésica.
- Diadococinesia, es decir realización rápida de movimientos de proni-supinación.
- Cruzar brazos y manos. Coger una mano con la otra. Apoyar el codo en la mano. Se observa el modo de realizar estas órdenes.
- Realización de movimientos simétricos. En los diestros se considera que los más amplios corresponden al lado izquierdo.
- Indicar la derecha y la izquierda del propio cuerpo, de un muñeco, de un dibujo o fotografía.

B) Para el pié, o más propiamente para miembros inferiores:

- Dar un puntapié a una pelota.
- Manejar objetos con uno y otro pié.
- Subir a una silla sin ayudarse de las manos.
- Juego de la rayuela.

C) Para el ojo:

- Apuntar, reparando en el ojo que permanece abierto.

- Mirar por un catalejo o un caleidoscopio. Es semejante a la anterior.
- Convergencia ocular.
- Localizar un pequeño objeto mirando con ambos ojos a través del orificio de una cartulina, para lo cual deberá mantenerse distanciada de la cara. Una vez localizado el objeto deberá acercarse la cartulina hasta que el orificio quede pegado a uno de los ojos sin que se cambiase en ningún momento la dirección de la mirada.
- Mirar un objeto aplicando la base de los cono de MILLER a las órbitas, reseñar con qué ojo le ve.

Junto a estas pruebas interesa mucho proceder a un estudio completo del sentido espacial del sujeto y de su esquema corporal. Igualmente es necesario recoger datos sobre los antecedentes biográficos del sujeto en lo referente al empleo de ambos hemisferos, edad a la que se apreció el inicio del predominio de uno y los antecedentes familiares. Estos últimos se reducirán por lo general al predominio manual.

El valor esencial de estas pruebas radica en qué demostrar dominancia cruzadas, dominancias absolutas y relativas y también ambidestrosismos o falta de lateralización definida, posibilidad ésta que sería para ZAZZO la peor desde el punto de vista del equilibrio psico-senso-motor del sujeto, AJURIAGUERRA da valor a estas pruebas para la detección de ciertas alteraciones neurológicas apenas esbozadas y que sin ellas permanecerían enmascaradas.

ESTUDIO ESTADISTICO SOBRE LA LATERALIZACIÓN

Con objeto de profundizar sobre la dominancia hemisférica y conocer de forma más directa y detallada las consecuencias funcionales de este fenómeno, así como sus implicaciones sobre el lenguaje y las afasias, se ha verificado un estudio sobre un grupo homogéneo de sujetos normales y afectos de deficiencia mental mediante la aplicación de una serie de pruebas sencillas.

1. Material y métodos.

En primer lugar se estudió la fórmula de dominancia hemisférica, referida a un conjunto de pruebas, en un grupo homogéneo de población masculina en número de 213 sujetos cuyas edades estaban comprendidas en el tercer decenio de vida (entre 20 y 28 años). Se rechazaron aquellos que de forma transitoria o permanente padecían algún pequeño trastorno bien de la utilización libre de los miembros, superiores e inferiores, o alteraciones de la visión y audición no corregidas. Se consideró que dependiendo de la naturaleza de estos disturbios, bien se podían falsear los resultados o, en su caso, hacerse estudios especiales aparte con miras comparativas.

Las pruebas que se aplicaron fueron seleccionadas para manifestar cual era el predominio funcional de la mano, pié, ojo y oído en estos sujetos. A continuación se describen las elegidas:

a) Para la mano:

- Prueba de fuerza, se midió la de prehensión de una y otra mano con un dinamómetro hidráulico. No se buscaba, sin embargo, que los explorados desarrollaran un esfuerzo máxi-

mo, sino más bien que ejercieran una presión espontánea y rápida por considerar de más valor el dato así obtenido, entre otras razones por acercarse más a las manipulaciones cotidianas y habituales. Se apuntó la mano que ejerció más fuerza.

- Punteado, se reseñó con qué mano se marcaban más puntos en un papel cuadriculado durante 15 segundos. Primero se hacia con una mano y luego con la otra.
- Paipes, se repartieron durante 15 segundos con cada mano y se tomó en cuenta la que separó más.
- Preferencia habitual. Se preguntó rutinariamente, y las respuestas se corroboraron invitando a coger pequeños objetos de sobre una mesa en el curso del examen.

b) Para el pié:

- Puntapié. El sujeto debía dar una patada a un balón que se situaba ante él. Se apuntaba con qué pié lo hacía.
- Subirse a una silla. Se tenía en cuenta el miembro inferior que en primer lugar levantaba.
- Rayuela. Se entendió por tal el hacer marchar al sujeto a la pata coja empujando con un pié, que se anotaba, un trozo de madera.

c) Para el ojo:

- Perforado, o mirar un objeto a través del orificio de una cartulina que se aproximaba a continuación a la cara hasta que quedaba junto a uno de los ojos que se consideraba el dominante.
- Catalejo. Se reseñaba a través de qué ojo miraba con dicho instrumento.

d) Para el oído. Las dos pruebas que se utilizaron aquí fueron interpretadas no desde el punto de vista de la agudeza auditiva, sino de la propositividad del sujeto para escuchar con

uno u otro oído.

- Reloj. Se colocaba un reloj sobre una mesa y se invitaba al explorado a que comprobase si funcionaba sin asirle con las manos. Para ello debía inclinar la cabeza sobre él para escuchar su sonido con uno de los oídos que se consideraba el dominante.
- Puerta. Se situó a cada sujeto ante una puerta y se le hizo que escuchara lo que se oía del otro lado. Se valoró el oído que aplicaba contra la superficie de dicha puerta.

Mediante esta batería de tests conseguimos una fórmula de lateralización funcional para cada individuo en la que mediante una "D" consignamos el predominio derecho, y con una "I" el izquierdo. Así, por ejemplo, para un sujeto al que asignamos la fórmula "DDDI", su dominancia sería derecha respecto a la mano, pié y ojo, pero, sin embargo, izquierda respecto al oído. En el caso "DDID" el predominio izquierdo sería únicamente para el ojo, y derecho para el resto. Utilizamos también las letras minúsculas "d" e "i" para nombrar a aquellos casos en que las pruebas aplicadas a algún órgano (mano, pié, ojo u oído) no dan resultados absolutamente concordantes; es decir, en el caso de la mano por ejemplo, un sujeto puede presentar un predominio derecho en cuanto a los "items" preferencia habitual y punteado, pero ser menos claras o invertidas para los otros dos (naipes y fuerza). En cualquier caso, se dio más valor en caso de duda a las pruebas de punteado y preferencia habitual para la mano, rayuela para el pié, perforado para el ojo y reloj para el oído.

Se recogieron en cada explorado otros datos como edad, profesión y antecedentes familiares de zurdería.

Paralelamente a este estudio se verificó otro en un grupo de

28 deficientes mentales. Se les sometió a las mismas pruebas para la mano, ojo y pie que el anterior contingente. Eran además coincidentes en la edad y sexo y en carecer de disturbios específicos de la motricidad o de la visión. Se rechazó a aquellos que presentaron dificultades comprensivas en la ejecución de las órdenes de realización dadas.

2. Resultados obtenidos.

La distribución de los resultados obtenidos en el grupo de 213 sujetos sanos fue la siguiente:

a) Con predominio derecho en los cuatro órganos estudiados, 118 casos (el 55,3 %) distribuidos así:

| | |
|--------------|-----|
| "DDDD" | 113 |
| "aDDD" | 5 |
| "DDDa" | 3 |
| "aDDa" | 1 |

b) Con predominio para el oído, siendo el resto derecho, izquierdo, 21 casos (9,8 %):

| | |
|-------------|----|
| "DDDI"..... | 14 |
| "aDDI"..... | 1 |
| "DDDi"..... | 4 |
| "DaDi"..... | 1 |
| "DDaI"..... | 1 |

c) Con predominio izquierdo para el ojo y derecho para el resto, 24 casos (11,2 %):

| | |
|-------------|----|
| "DDID"..... | 10 |
| "DDiD"..... | 10 |
| "DaiD"..... | 1 |
| "aDID"..... | 1 |
| "aDiD"..... | 1 |
| "DaiD"..... | 2 |

- d) Con predominio derecho en mano y pié, e izquierdo en ojo y oído, 13 casos (6,1 %):
- | | |
|-------------|---|
| "DDII"..... | 9 |
| "DDiI"..... | 2 |
| "dDII"..... | 2 |
- e) Con predominio izquierdo para el pié y derecho para el resto, 11 casos (5,1 %):
- | | |
|-------------|---|
| "DIDD"..... | 8 |
| "DiDD"..... | 2 |
| "dIDD"..... | 1 |
- f) Con predominio derecho de mano y ojo, e izquierdo de pié y oído, 4 casos (1,8 %):
- | | |
|-------------|---|
| "DIDI"..... | 3 |
| "dIDI"..... | 1 |
- g) Con predominio derecho de mano y oído, e izquierdo de pié y ojo, 5 casos (2,3 %):
- | | |
|-------------|---|
| "DIID"..... | 3 |
| "DIiD"..... | 1 |
| "DiID"..... | 1 |
- h) Con predominio derecho de mano y del resto izquierdo, 7 casos (3,2 %):
- | | |
|--------------|---|
| "DIII"..... | 4 |
| "dIII"..... | 2 |
| "dIIIi"..... | 1 |

Sumando los anteriores resultados se comprueba que en 203 casos la dominancia fue derecha para la mano, lo cual supone el 94, 8 %.

En cuanto a los que presentaron un predominio manual izquierdo, es decir los zurdos clásicos, su distribución fue la siguiente:

Número total de zurdos 10 (4,4 %) de los cuales:

| | |
|-------------|---|
| "IIII"..... | 4 |
| "iIII"..... | 3 |
| "IIDD"..... | 1 |
| "iIDi"..... | 1 |
| "iDDi"..... | 1 |

Estudiando separadamente el predominio derecho e izquierdo de los organos estudiados, se hallaron los siguientes resultados referidos a la dominancia derecha:

| | |
|-----------|--------|
| Mano..... | 95 % |
| Pié | 83,4 % |
| Ojo | 64,6 % |
| Oido..... | 75,3 % |

Al considerar las correlaciones existentes entre los distintos organos analizados encontramos las siguientes concordancias:

| | |
|-------------------------------|--------|
| Correspondencia ojo-oído..... | 72,3 % |
| " pié-oído..... | 74,2 % |
| " pié-ojo..... | 73,3 % |
| " mano-ojo..... | 74,2 % |
| " mano-pié..... | 85,5 % |
| " mano-oído..... | 77,9 % |

En los sujetos en que el predominio manual fue derecho la coincidencia de dominancia derecha para los otros organos (pié, ojo y oído) fue:

| | |
|-------------------------------|--------|
| Correspondencia mano-pié..... | 86,6 % |
| " mano-ojo..... | 75,8 % |
| " mano-oído..... | 77,9 % |
| " pié-ojo..... | 74,3 % |
| " pié-oído..... | 75,3 % |
| " ojo-oído..... | 73,4 % |

De los 213 casos estudiados en 20 se encontraron anteceden-

tes de zurdería familiar. Naturalmente lo que manifestaron los interesados resulta difícil de valorar ya que hacen referencia únicamente a la preferencia habitual de uso de la mano por parte de algún miembro de la familia, siendo el parentesco anotado solo el de primero o segundo grado. De estos 20 casos 3 presentaron un nexo de union entre los antecedentes familiares y la formula de lateralización obtenida ("IIII", "iIII", "dIIIi"). En otros 4 se encontró que de los órganos analizados dos lo eran de predominio izquierdo.

Los resultados obtenidos en el grupo de deficientes mentales arrojaron el siguiente saldo:

| | |
|----------------------------------|-----|
| Predominio derecho de mano | 85% |
| " " ojo | 32% |
| " " pié | 61% |

El predominio derecho o izquierdo no resultó absolutamente completo y tajante

| | |
|----------------------|-----|
| Para la mano | 10% |
| " ojo | 10% |
| " pié | 85% |

| | |
|--|-------|
| La concordancia ojo-mano fue del | 40,7% |
| " mano-pié | 42,3% |

Considerando con mayor minuciosidad una de las pruebas más demostrativas del predominio manual, como es la del punteado de cuadrículas, se vio que en el grupo de sujetos normales la media de punteado durante 15 segundos fue de 27 y de 21 para la mano dominante y contraria respectivamente frente a unos valores homólogos en el grupo de deficientes mentales de 17 y 12. Se consignó además en estos últimos que en un 25 % de los casos no se encontraban diferencias en la perfección y regularidad de ejecución de los puntos con una y otra mano y que en el 14 % una mejor calidad del punteado no se acompañó de un ma-

yor número de puntos.

3. Comentarios y discusión de los resultados.

El número de zurdos manuales obtenidos es semejante al de otros trabajos en los que se estudia su número proporcionalmente a la población general. Pero hay que llamar la atención sobre el hecho de que si consideramos la lateralidad de un sujeto en su conjunto, la proporción de diestros completos baja, según los datos presentados, al 55,3 %. Las posibilidades de distribución funcional hemisférica son por tanto múltiples y la fórmula de lateralización de cada sujeto es por consiguiente muy personal, máxime si se incluyeran en ella un número de pruebas mayor.

Hay que llamar la atención sobre el hecho de que la concordancia ojo-mano es algo menor que la oído-mano, siendo considerada la primera hasta ahora como de gran importancia en el desarrollo psicomotriz infantil. La concordancia auditivo-manual, que fue del 77,9% y del 90% para los diestros y zurdos de mano, se presenta como un interesante factor a tener en cuenta por sus implicaciones en la génesis y operatividad comunicativa lingüística.

El estudio de la dominancia funcional auditiva de uno y otro oído debe valorarse teniendo en cuenta hasta qué punto inciden en ella otros factores, como los movimientos de la cabeza o de las extremidades que así y por un mecanismo indirecto influirían en el lenguaje. En la escala filogenética animal se aprecia que la aparición de las sensaciones acústicas va íntimamente entroncada con respuestas motoras de alarma, defensa, apareamiento, etc. Tratando de buscar las posibles relaciones existentes entre la dominancia auditiva y la motricidad predominante del cuello se aplicó a 91 de los sujetos a una prueba consis-

tente en tener que desembarazarse de un pequeño objeto colocado sobre su cabeza mediante un movimiento brusco del cuello. 19 explorados (el 20,8 %) inclinaron el cuello hacia la izquierda y el resto hacia la derecha. Dentro del primer grupo se encontró una significativa coincidencia del movimiento cervical con los resultados obtenidos en la valoración auditiva. Resultados semejantes fueron los referentes al segundo grupo.

La consideración de la multiplicidad de fórmulas de lateralización y de la disparidad de antecedentes de zurdería hace pensar que si bien en ciertos casos el predominio izquierdo parece tener en su origen un importante factor hereditario, en la mayoría hay que buscar otros elementos influyentes capaces de actuar sobre el individuo en las primeras etapas de su trayectoria vital y que por ello resultan difíciles de establecer con posterioridad. De cualquier manera el carácter plástico de la dominancia parece evidente.

La concepción de la dominancia hemisférica como proceso dirigido y moldeable y de gran importancia en el desarrollo y funcionalismo coherente de la psicomotricidad y de las órbitas fasognoso-práxicas del individuo resultaría evidente al comparar los resultados obtenidos en el grupo de deficientes mentales en donde los valores obtenidos son más dispares, desestructurados y contradictorios que en el grupo de sujetos normales. En el deficiente mental los predominios y las concordancias son menos acusadas y uniformes que en el resto. La posesión de una fórmula de lateralización poco armónica posiblemente contribuya a que los mecanismos de aprendizaje y captación del entorno se verifiquen con mayores dificultades y cabe entonces preguntarse hasta qué punto la agresión cerebral que sufre el afásico, y que indudablemente altera y desestructura su hasta entonces peculiar y personal fórmula que hizo posible su desarrollo lin-

guístico, no vaya a comprometer su posterior reeducación de un modo semejante lejanamente a lo que sucede en estos deficientes mentales. Claro que en éstos el deterioro que tienen en las citadas órbitas fono-gnoso-práxicas sería primario o, en términos más estrictos, se trataría de una falta de desarrollo y una mala estructuración en lugar de ser un trastorno que acaece sobre algo que alcanzó su nivel de normalidad.

Parece indudable que un mejor conocimiento, mediante pruebas detalladas y minuciosas, de los rasgos característicos de la dominancia hemisférica, en lo referente sobre todo al lenguaje, habrá nuevas perspectivas y posibilidades a la reeducación de las afasias y en general de todos los síndromes que de un modo u otro comprometen la comunicabilidad del sujeto. Las funciones cerebrales lateralizadas estarían organizadas de distinto modo en uno y otro hemisferio de manera que el derecho recoge, almacena y compara los estímulos según una metodología figural o gestáltica. El izquierdo, por el contrario, recibe el entorno y lo proyecta en la problemática del sujeto desde una perspectiva diferente, esencialmente simbólica y analítica, y por ello estaría más directamente implicado con el segundo sistema de señales o lenguaje verbal (LEVY). Esta dicotomía simbólica y figural de uno y otro hemisferio sería paralelo a la dualidad bipolar que con tanta frecuencia se observa en la exposición del conocimiento, ideas y modo de enfrentarse a la realidad física y humana del entorno cada uno de nosotros.

El sistema binario se nos presenta de este modo no solo desde una perspectiva filosófica, e incluso ética, sino que se le encuentra a nivel de las ciencias (en la teoría de la información es básico) y en la propia ontogenia del aprendizaje y captación de experiencias y vivencias.

El diferente caracter asumido por uno y otro hemisferio explicaría la predilección de aparición de afasia tras agresiones del izquierdo ya que, recordando el esquema de SCHUELL, vemos que ésta es un disturbio del modo simbólico de formular proposiciones, papel asumido de forma básica por el susodicho hemisferio en la generalidad de los casos. Ahora bien, esto no sucede siempre de manera absoluta y, en todo caso, puede siempre adoptar especiales características que de forma burda y superficial se objetivizan al considerar la "fórmula de lateralización" de cada sujeto. Por tanto cabe hablar de un modo individual o personal de tener cada cual su lenguaje y hacer uso de él, hecho transcendental a la hora de pretender enmendar las deficiencias que en un determinado momento sufra.

El lenguaje sería una función, de entre todas las constitutivas de las funciones mentales superiores, particularmente la lateralizada, sobre todo en cuanto a su capacidad para actuar proposicionalmente (JACKSON) mientras que al hacerlo de forma automática, emocional o reactiva tendría un substrato más difuso bilateral (PIERCY). Para DIAMOND el predominio del hemisferio izquierdo sería más llamativo y necesario en todo lo referente a la salida al exterior de la comunicación lingüística, en la elección y combinación de sus elementos o unidades constituyentes, mientras que las capacidades lingüísticas reales estarían más equilibradas en ambos.

Para BROWN y JAFFE nos encontraríamos ante una lateralización dinámica del lenguaje en el sentido de que con la edad se circunscribe anatómo-funcionalmente de manera progresiva el area cerebral responsable del proceso verbal, lo cual caminaría paralelo con otro de complejización de sus posibilidades proposicionales y especulativas que, según PARRAQUER BORDAS que re-

coge aquí las ideas de PRIBRAM, resultarían así cada vez más sofisticadas. Esto significa que en un principio, en el niño, existe una gran equipotencialidad de ambos hemisferios para todo lo referente al lenguaje pero que poco a poco se va polarizando en uno, y aun dentro de él a ciertas zonas. También hay que plantearse que más que estudiar el papel desempeñado por cada hemisferio es preciso valorar la función asociativa del cuerpo calloso como orquestador y armonizador de ambos. Por ello ante una lesión cerebral de las áreas implicadas en el lenguaje se impone justipreciar el déficit que ella de por sí origina directamente y lo que es debido a la desconexión concomitante que ha provocado respecto al otro. PRIBRAM, además, se refiere a la patología ligada a la inhibición cerebral de ciertos territorios cerebrales vecinos o lejanos como consecuencia de estas mismas desconexiones inter e intrahemisféricas.

Así pues, y como resumen esquemático, debemos considerar que el concepto de dominancia hemisférica es muy amplio y no está aún dilucidado por entero. Que no debe entenderse como una verdadera supremacía funcional de un hemisferio sobre el otro, sino más bien como una peculiar distribución o coordinación estructurada de funciones y de posibilidades operativas varias. También se habla de un hemisferio mayor y otro menor pero con la salvedad de que se pueden comportar como tales bien el derecho o el izquierdo según se trate de distintas acciones. PIERCY hace una clasificación de éstas según tengan lugar de forma exclusiva en uno de ellos o se estructure siguiendo diversos patrones en ambos. Cada individuo tendría su peculiar forma de distribución funcional bihemisférica cuantitativa y cualitativa, dependiente de un gran número de factores no bien delimitados actualmente pese a disponerse de algunas pruebas explora-

torias y una relativamente abundante casuística de sujetos con lesiones cerebrales. Lo hasta aquí expuesto vendría corroborado por los estudios cerebrales microscópicos de TESZNER, TSVARAS, GRUNER y HECAEN que demuestran peculiaridades estructurales asimétricas en el lado izquierdo de las áreas del lenguaje en un 64 % de los casos estudiados, y también con los de WAADA, CLARKE y HAMM (que aplican la prueba de WAADA) que achacan estos hallazgos a una causa genética primaria mediatizada por la influencia ambiental.

Todas las ideas comentadas se exteriorizarían prácticamente en la clínica con la descripción de casos atípicos y contradictorios. Por ejemplo MENDEL y OPPENHEIM recogen pacientes con lesiones izquierdas sin afasia a lo que denominó zurdos respecto al lenguaje, ya que no lo eran para la mano. Se describen afasias en zurdos con lesiones derechas, pero también con izquierdas (CONRAD, HUMPHREY, etc.). MENDEL cita un caso donde según él el centro motor del lenguaje estaba en el lado derecho y el sensorial en el izquierdo. La noción de afasia cruzada se debe a BYRON-BRAMWELL y suele consistir en afasia por lesión derecha en manidextros según presentan BARRAQUER, ANGELERQUES, CLARKE y ZANGWILL entre otros. Prácticamente podemos encontrar cualquier combinación, que se ha querido explicar de distintos modos.

Para GOODGLASS y QUADSFASEL habría una independencia entre el predominio del hemisferio derecho y el de la mano izquierda, que sería más frecuente que aquel. ROBERTS y WEPMANN afirman que la lesión izquierda se acompaña siempre de afasia, y que ésta no se da en las derechas. AJURIAGUERRA y HECAEN, apoyándose en su casuística, llegan a la conclusión de que en los zurdos hay una representación bilateral del lenguaje, opinión

no compartida de forma absoluta por otros (ETTLINGER, JACKSON, ZANGWILL). Para SUBIRANA, PIERCY y ZANGWILL es raro encontrar un autentico predominio del hemisferio derecho en lo que atañe al lenguaje, por lo que esta difuminación de la localización de funciones a él inherentes trae consigo de una parte una mayor facilidad para la presentación de sintomatología afásica por lesiones de uno u otro hemisferio, pero como contrapartida los disturbios tendrían mejores posibilidades resuperativas por reorganización de circuitos neuronales en el mismo hemisferio dañado o en el opuesto (ROBERTS).

Observaciones de HECAEN y PIERCY concuerdan con todo lo anterior al poner de manifiesto que las alteraciones disfásicas del habla en los episodios paroxísticos de epilepsia focal son más frecuentes en los sujetos considerados zurdos. Se ha dicho también que los trastornos comprensivos serían menos frecuentes, profundos y de mejor pronóstico en los zurdos, ambidextros o con antecedentes de zurdería.

En el estudio de la afasia se ha reparado de forma casi exclusiva en la dominancia manual pero en cambio se ha dejado de lado el predominio sensorial o motor de otras localizaciones corporales, lo que explicaría muchos de los casos aparentemente paradójicos descritos tanto en cuanto a la sintomatología patológica como a las vicisitudes recuperativas de muchos de estos pacientes tildados de excepcionales o no encuadrables en los esquemas preestablecidos. La propia noción de dominancia manual, o mano principal del habla popular, es en muchos casos relativa o engañosa ya que puede ser parcial para algunas pruebas o contrapuesta a la auditiva, ocular o de miembros inferiores por citar tan solo las recogidas en el estudio estadístico del que se daba cuenta más arriba. En esta línea de pensamien-

to estaría TISSOT cuando hace una distinción de zurdos a los que agrupa del siguiente modo:

- Zurdos con representación cerebral opuesta a la de los diestros, de modo estrictamente simétrico.
- Zurdos con igual representación que los diestros.
- Modalidades de "zurdos" con distintos grados de representación bilateral.
- Zurdos adiestrados o entrenados para manipular o escribir preferentemente con la mano derecha. Su organización, en el caso de no plantear problemas adaptativos infantiles, tendría especiales peculiaridades muy interesantes para nuestro punto de vista por permitir adaptar pautas reeducadoras en el afásico.

Los caracteres personales dimanadas de la personal "fórmula de lateralización" deparan casos, que pasan habitualmente desapercibidos, en los que la falta de un estudio anatomopatológico impide evidenciar con justeza, no provoca afasia o que la importancia de ésta no se corresponde de modo directo y proporcional con la de la lesión cerebral.

LA REEDUCACION DE LA LATERALIDAD.

La gresión cerebral que sufre el afásico tiene siempre repercusiones que van mucho más allá del deterioro verbal, suele haber una paralela afectación motriz, sensorial y gonoso-práxica, aunque de variada índole según cada caso. Así pues es fácil deducir que existe una indudable modificación de la fórmula de lateralización hasta entonces vigente. Gran parte de los esfuerzos rehabilitativos llevados a cabo con estos sujetos, en cualquiera de los campos citados, no pretenden más que, en definitiva, ensayar una reconstrucción de la lateralidad a través de los caminos brindados por los adiestramientos y las suplencias funcionales. En el caso de las deficiencias senso-motoras, representadas esencialmente por la hemiplejia, se busca no solo la recuperación del lado paralizado, lo cual no se puede llevar a cabo habitualmente de forma total, sino también lograr una creciente habilidad operativa con el lado contralateral, en lo que se refiere a la mano sobre todo.

Los esfuerzos por lograr una metodología capaz de variar la lateralización de un sujeto son ya antiguos y en sus comienzos tuvieron sobre todo un enfoque laboral y de perfeccionamiento de habilidades manuales escolares, ya que se pretendía una equipotencialidad funcional hemicorporal. A fines del pasado siglo y principios del actual, una serie de autores como IOTEYKO, PABST, KIPIANI y SLUYS, entre otros, son partidarios de la educación ambidestra en la escuela. Mientras tanto comienza a surgir otra corriente de pensamiento, emparentada con la anterior en cierta forma, en la que se pretende una nueva pedagogía basada en el más amplio desarrollo de las capacidades sensomotrices (MONTESSORI sobre todo) que es continuada brillantemente por todas las escuelas psicomotrices en las que se da

una gran importancia a la obtención de una buena lateralización en los niños, particularmente cuando ésta se ve comprometida por alguna minusvalía psicofísica (ZAZZO, etc.).

En el caso de los afásicos la reestructuración de la lateralidad tiene lugar mediante el perfeccionamiento y reeducación de los siguientes aspectos, que siempre deben ir íntimamente interrelacionados:

- a) La reeducación del síndrome hemipléjico con el fin de lograr la máxima independización en los desplazamientos y, en general, de todo el hemicuerpo comprometido.
- b) La reeducación de los posibles defectos gnoso-práxicos.
- c) La reeducación específica del lenguaje.
- d) El entrehamiento del hemicuerpo indemne de cara a lograr una suplencia funcional de todo aquello que resulte irrecuperable en el lado hemipléjico, en especial para las funciones específicas que habitualmente corren a cargo de la mano dominante.

Este último apartado sería al respecto el más interesante por las íntimas asociaciones existentes entre la mano como vehículo ejecutivo de las funciones mentales superiores y el lenguaje. FRAENKEL fue el primero en constatar que el adiestramiento de la mano izquierda, para la escritura y los grafismos, facilitaba mucho el restablecimiento de los cuadros afásicos de los hemipléjicos derechos.

Conviene hacer la distinción entre las modalidades sensomotrices primarias de acciones con la mano no dominante, comunes prácticamente con las de la principal, y todo el amplio conjunto de capacidades "humanizadas" o íntimamente ligadas a la culturalización y tecnificación que presentan una muy diferente distribución bimanual, con intensa polarización habitual hacia la derecha. Sería precisamente en este complejo cúmulo de aptitudes

manipulativas donde deberíamos actuar para conseguir un desplazamiento de la citada polarización, en el caso de que la mano derecha no tuviera posibilidades sensomotrices de recobrar su anterior papel.

El entrenamiento de la mano izquierda se lleva a cabo, obviamente, mediante, mediante todas las actividades de carácter manipulativo. MEURVILLE establece las reglas generales previas, de disposición del material con el que se van a efectuar cualquier tipo de grafismos, que facilitan de entrada este tipo de tareas. Son:

- El papel estará ligeramente desplazado hacia el lado izquierdo, y un poco inclinado hacia la derecha.
- El tronco recto, algo apoyado sobre el antebrazo derecho que está sobre la mesa sujetando con esa mano el papel.
- El lado derecho del cuerpo está a unos 5 - 6 cms. del borde de la mesa, mientras que el izquierdo lo está a 10 - 12 cms. Es decir, que hay que adoptar una cierta torsión del tronco.
- El brazo izquierdo estará separado unos 20 cms. del costado.
- Los desplazamientos del miembro superior se efectúan principalmente gracias a giros del codo.

Las actividades de grafismos serían, como se ve, de las más importantes ya que se continúan con las de escritura. Pero irán acompañadas de otras múltiples variedades de manipulaciones.

Las actividades reeducativas manipulativas se pueden encuadrar dentro de tres grandes apartados, atendiendo al radio de acción en que se tienen que llevar a cabo. Según este criterio distinguimos:

- 1ª.- Actividades de "macromanipulación" donde la acción del sujeto no se circunscribe al uso de los miembros superiores, sino que es obligada la participación del tronco y los desplazamientos de todo el cuerpo. El radio de acción es muy amplio, de muchos metros cuadrados, y la manipula-

ción, que no es muy específica, se acompaña del adiestramiento paralelo de otras capacidades como es la noción del esquema corporal y de la espacialidad en general.

2^o.- Actividades de manipulación media, con intervención de todo el miembro superior pero no del resto del cuerpo. La superficie de trabajo es de unos 1 - 1,5 metros cuadrados.

3^o.- Actividades de "micromanipulación", en las que las tareas se caracterizan por su gran finura, precisión, destreza y minuciosidad. El ejemplo típico está en los grafismos, y sobre todo en la escritura. El radio de acción es de unos 300 - 500 centímetros cuadrados y requiere el empleo de los codos, muñecas y dedos. Serían las de este grupo y el anterior las que más nos interesan para realizar una lateralización manual.

Se puede hacer una enumeración resumida de todas aquellas actividades manipulativas que más nos interesan, agrupándolas según su índole y los objetivos que persiguen. Hay que señalar además que siempre que sea factible se procurará introducir en ella factores de carácter verbal tanto comprensivo como expresivo con el fin de lograr un mayor rendimiento reeducador. Se diferencian, por otra parte, dos grandes grupos:

- Las actividades manipulativas generales.
- Las actividades manipulativas propias de los grafismos y de la escritura.

Ambos grupos se utilizarán por separado o conjuntamente, aun que el primero es más básico que el segundo y en cierto modo se presta más a asociarlo con ejercicios de verbalización. Todos ellos implican el adiestramiento de la coordinación ojo-mano y deberán aplicarse perfectamente encuadradas en el programa reabilitativo general de un modo coherente, pues de otro modo su eficacia sería menor.

I: Las actividades manipulativas generales:

- a) Ejercicios de prehensión simple de elementos concretos o figuradamente abstractos, para proceder a su clasificación según diferentes criterios. Se pretende la habilidad manipulativa, la rapidez, la eficacia discriminativa y la perfección de las respuestas verbales que se asocien.
- b) Ejercicios de acoplamiento y encajamiento de formas y figuras abstractas y concretas en un espacio bi o tridimensional. Se emplean diversos dispositivos o elementos de trabajo y son igualmente susceptibles de llevar asociados factores verbales.
- c) Ejercicios de utilización de utillaje o aparatos, más o menos elementales y de utilización práctica habitual o no. Se incluirían también aquellos que exigen una automatización manipulativa, en ocasiones muy simple como apretar un botón o una palanca cuando aparece una determinada señal. Tienen un particular valor como focalizadores de la atención y para ulteriores quehaceres laborales.
- d) Adiestramientos manuales simples mediante el movimiento intencional de ambos miembros superiores, o sus segmentos constituyentes, por separado de todas las formas habilidosas posibles, y simultáneamente o no los de un lado y otro.
- e) Ejercicios de identificación por información visual o mandato verbal y ejecutados prácticamente mediante:
 - Lanzamientos.
 - Señalización gráfica, oclusión, tachado, etc.
 - Introducción de elementos por ranuras.
 - Apareamiento de discos o pantallas.
 - Clasificación u ordenación en agrupaciones y secuencias de elementos diversos.
- f) Ejercicios de palpación para la identificación de formas, ta-

maños, pesos, temperaturas y consistencias. La palpación se lleva a cabo con una mano solamente o con las dos coordinadas. Se distingue una palpación directa, en la que la superficie cutánea contacta directamente con el objeto, y otra indirecta o instrumental a través de varillas u otros artificios. Constituyen un capítulo muy amplio extensible a las agnosias y apraxias.

g) Ejercicios de reproducción o confección de objetos, elementos y estructuras mediante:

- Recortado con las manos o tijeras.
- Doblado de superficies.
- Ensamblaje de piezas, construcción mediante módulos prefabricados o que se hacen mediante copias o patrones y luego se ajustan entre sí adoptando distintas formas.
- Pegado.
- Tejer.
- Picado y ensartado.
- Manipulación con alambres y cuerdas (nudos, enhebrado, enrollado, cortado, doblaje, colocación de segmentos, etc.).
- Tableros perforados con clavijas y cordeles.
- Modelado con cerámica, pasta, etc.
- Cosido y variantes similares.
- Dibujos y pinturas sobre grandes superficies y encerados.
- Ordenación de piezas en mosaicos, Rompecabezas.

Conviene aclarar que estas actividades tienen una significación artesanal muy concreta y valiosa, pero que junto a ella existe otra modalidad de utilización, extraartesanal, en la que se tiene en cuenta una metodología concreta encaminada a mejorar determinadas inferioridades ejecutivas y no a confeccionar objetos concretos. Es decir conviene distinguir entre los ejercicios de pura terapia ocupacional y recreativa

y los de adiestramiento específico programados, aunque unos y otros tengan de común el empleo de los mismos materiales y utillajes.

- h) Ejercicios de teledirección o conducción a distancia de vehículos o fichas por itinerarios, enfoque de rayos luminosos, marionetas, y manipulación de varillas articuladas entre otros.
- i) Actividades de la vida diaria en toda su más amplia acepción. Incluye desde el empleo de las cosas de uso personal al de herramientas domesticas, etc.
- j) Ejercicios de creatividad libre con cualquier elemento o material.

II: Los grafismos.

a) Actividades precaligráficas.

- Seguir con la mirada estímulos luminosos o figuras mediante el desplazamiento de todo el cuerpo, de la cabeza o solo de los ojos. Señalarles con la mano a medida que progresan en las distintas direcciones.
- Esparcir en una superficie agua, líquidos coloreados, arena húmeda. Trazar luego líneas con toda la mano o con algún dedo.
- Repasar líneas simplemente pintadas, rugosas o excavadas. Serán incluso laberintos.
- Mediante una varilla marcar líneas en superficies blandas y contornear figuras.

b) Actividades de inscripción grafica, con instrumentos de escritura, que comenzando por trazos amplos y elementales culminan en el dibujo y la escritura.

- Los trazos deslizantes de STRAUSS y DENNER, efectuados de izquierda a derecha buscando las formas curvas y con ten-

dencia a cerrarse sobre sí mismas. Se hacen directamente o repasando modelos. Las dimensiones de cada trazo oscilan entre los 25 - 50 cms.

-Inscripciones a partir de muestras que sirven de guía, y hay que completarlas o retocarlas. Son rellenos, calcos e itinerarios punteados. Facilitan el control y dirección del trazo siempre que se procure respetar los límites de cada modelo.

-Trazos rectilíneos varios, bucles y rizos de tamaños diferentes con tendencia a la disminución progresiva hasta alcanzar los de los caracteres ordinarios de escritura. Se buscará la progresión de trazado hacia la derecha mediante la unión de elementos repetidos, y podrá ser ininterrumpida o no. Se repasarán primero, luego se completarán las muestras y finalmente se harán directamente previa observación de los modelos. A veces se asocian secuencialmente varios tipos de elementos diferentes.

-Reproducción de figuras varias en las que se entremezclan rectas y curvas y donde la consideración de las disposiciones relativas entre ellas, los ángulos, inclinaciones y dimensiones es esencial.

-Dibujos llevados a cabo mediante copia de los modelos correspondientes o bien de creatividad libre. En ocasiones, y como paso intermedio, se procede a completar una figura de la que falta algún detalle. También son recomendables los moldes de figuras abstractas y de objetos o cosas usuales. Estos moldes se prestan igualmente al cortado y montaje de las piezas básicas para dar lugar a diversas estructuras figurativas o no.

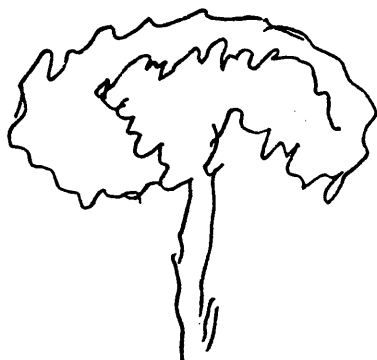
Handwritten scribble

Handwritten scribble with dots

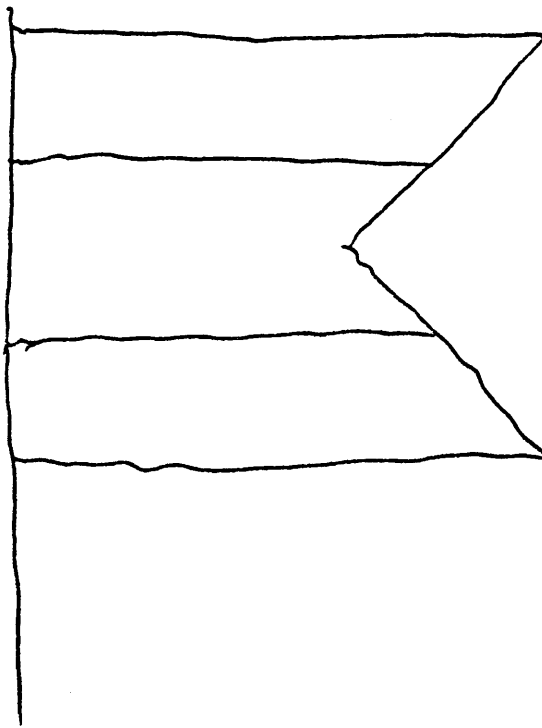
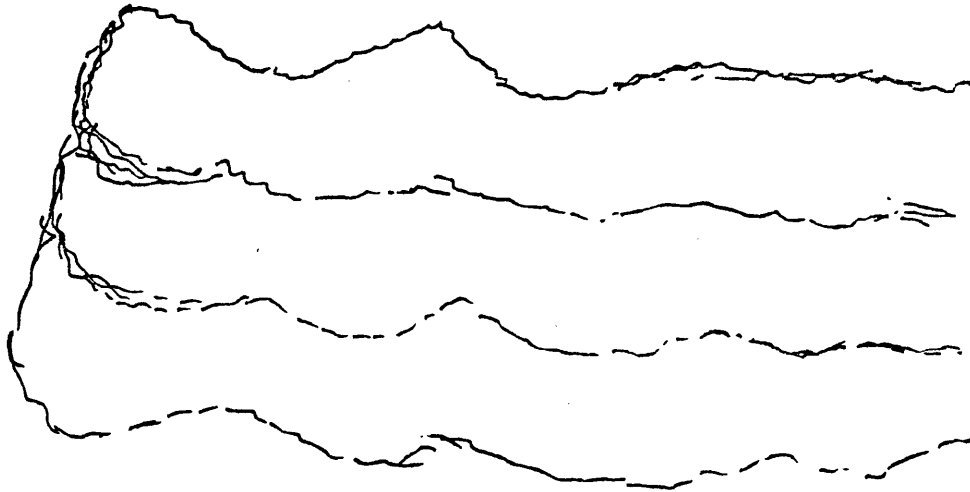
Handwritten scribble

Handwritten scribble

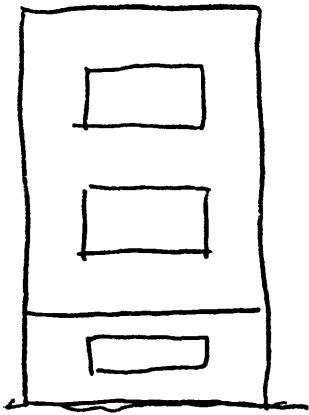
Estadios sucesivos por los que pasó una paciente afásica con hemiplejia derecha para trazar una línea recta horizontal. En los tres primeros intentos se la puso un modelo para que lo copiara, en el segundo se le añadió además dos puntos que limitaban la línea que debía trazar. Finalmente en el último intento la recta la hizo sin ningún tipo de ayuda y mediante la mera indicación verbal. Entre el primero y último modelo trascurrieron 9 días durante los cuales la paciente se ejercitó con los grafismos, cosa que no había realizado anteriormente desde que hacía 7 meses sufriera un A.V.C. La mano empleada fue la izquierda.



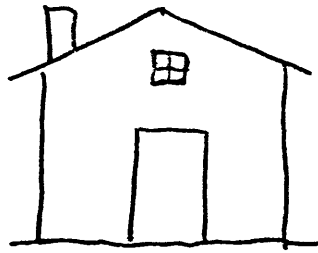
Aunque en un principio el paciente se vea prácticamente incapaz de dibujar nada es interesante insistir diariamente en que trate de hacerlo. En este caso se trataba de pintar un árbol y entre una y otra figura trascurrieron dos meses.



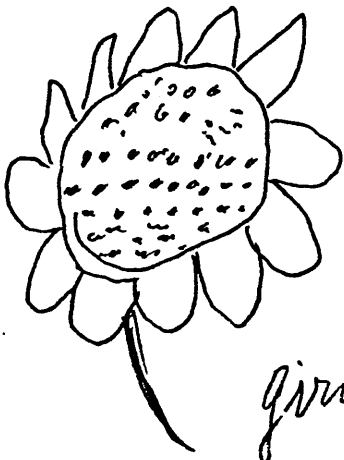
Este paciente encontraba intensas dificultades para dibujar libremente, como se ve en la primera figura, mientras que el dibujo copiado lo llevaba a cabo con gran facilidad y fidelidad al modelo. Por ello es preciso saber programar actividades de uno y otro tipo con el fin de obtener los resultados más favorables.



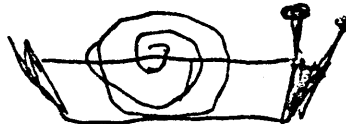
Casa alta



Casa baja



girasol



caracol

Dibujos copiados. El paciente ha empleado un papel cuadriculado de cuadriculas grandes lo que explica que, apoyandose en ellas, las proporciones de las casas sean más perfectas y que en el caracol haya intentado aprovechar las líneas del papel.

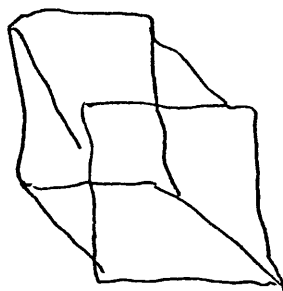
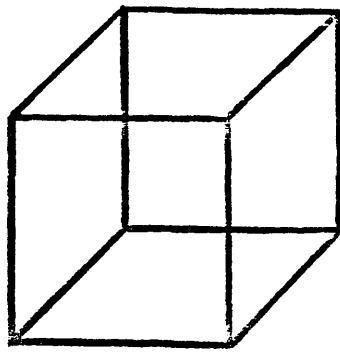


Dibujo calcado por un afásico con su mano izquierda. Con ello se buscaba el perfeccionamiento manipulativo y la coordinación ojo mano en relación a una posible reestructuración de la dominancia hemisférica. El dibujo, procedente de un cuento infantil, es bastante complejo por lo que exige un esfuerzo manipulativo y de la atención importante. Una vez realizado sirvió también para proceder a la denominación de las partes representadas y para comentarlas en relación con el resto de las imágenes del susodicho cuento.

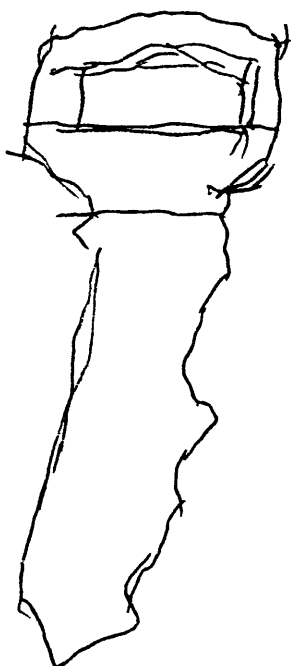


nada

Acuellos sujetos que nunca fueron aficionados a las artes plásticas, o que hacía un gran número de años que no habían efectuado ningún intento de dibujar, son reacios, con frecuencia, a efectuarlo con posterioridad a su síndrome afásico. Otros, por alteraciones dispráxicas, ven muy limitadas sus posibilidades en ese campo. En este caso el paciente, instigado a que pintase algo, hizo lo que arriba se recoge poniendo a su obra el expresivo título de "nada".



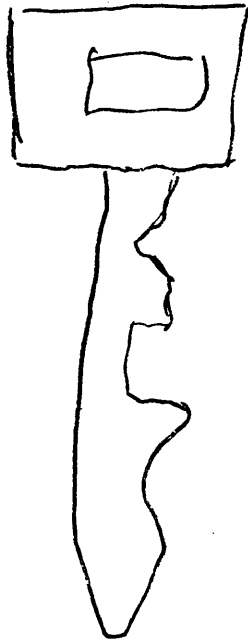
La copia de dibujos es una actividad a partir de la cual es factible restaurar la capacidad de crearlos libremente. En este caso después de diferentes intentos de copiar el cubo superior, que se le daba de modelo, durante unas semanas, el paciente inició la improvisación con esta copia en la que la proyección es, como se ve, opuesta a la del modelo.



llave

llave

Dibujo copiado de la llave del domicilio del paciente. Las formas de este modelo moderno de cerradura entraña dificultades reproductoras y se aleja del concepto clásico de llave que puede tener más arraigado un sujeto de edad, 72 años, y procedente de un medio rural. En los letreros denominadores se aprecian paragrafias, "M" por "V" y "A" por "E". Estas paragrafias se correspondían con las correspondientes parafasias silábicas aunque finalmente llegaba a corregirlas. El paciente tenía un buen grado de autoconcienciación y en la figura se observan las correcciones que efectuaba en los trazos con objeto de obtener la mayor fidelidad posible al modelo.



Un mes después de efectuado el dibujo reproducido en la lámina anterior, el paciente realizó éste sin necesidad de tener ante sí la llave. Durante este tiempo el paciente se interesó por los ejercicios de pintar y escribir que le entretenían mucho. Se aprecia cómo los trazos son muchos más firmes y que la captación de los rasgos configuradores del objeto se realiza de un modo mucho más preciso y acertado.

Sopa, filete, ensopada, pollo asado

España, Francia, Suiza, Italia, Inglaterra

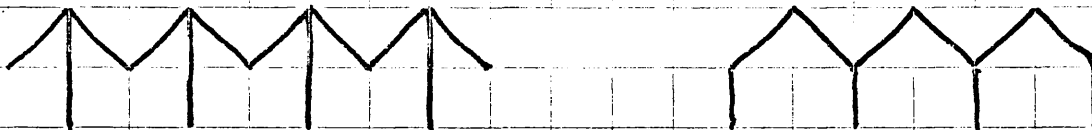
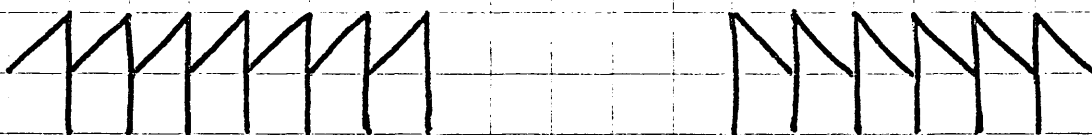
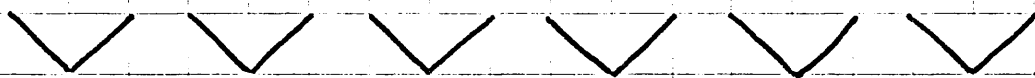
Escritos correspondientes a un mismo paciente afásico y hemiplejico derecho con buena evolución. El renglon superior se hizo con la mano derecha y el inferior con la izquierda. Como se aprecia resulta más perfecta la escritura de este último como consecuencia de un intenso adiestramiento recibido en esta mano cuando la intensidad del síndrome hemiplejico hizo aconsejable el cambio manipulativo. Posteriormente la evolución resultó más positiva y al final el paciente escribía de esta forma con una y otra mano.

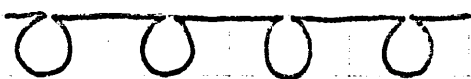
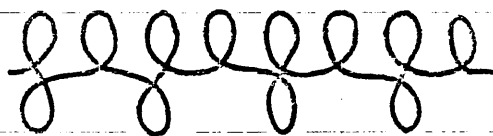
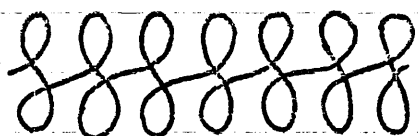
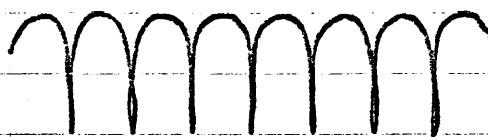
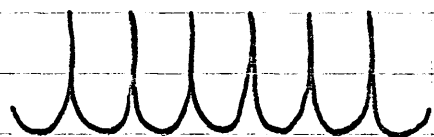
En estas láminas se recogen diversos grafismos, con distintos grados de complejidad, que el paciente afásico puede ir realizando simultáneamente con las demás actividades que forman parte de su programa rehabilitativo. Los objetivos que se pretenden con estos ejercicios son múltiples, pero cabe citar los siguientes:

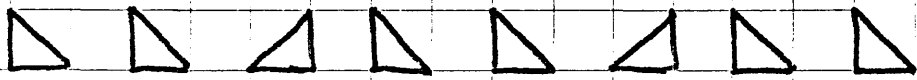
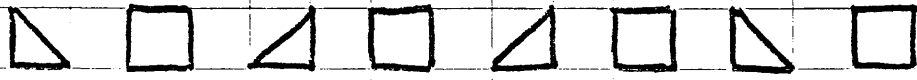
- Adiestramiento manipulativo. Bien de la mano hasta entonces no dominante o bien de la afectada por la hemiplejía, en el caso de que la padeciese pero se encontrara en fase de remisión.
- Adiestramientos espaciales del plano, especialmente cuando se trata de reproducir las curvas y las diagonales.
- Entrenamientos precaligráficos.
- Perfeccionamiento de la atención, de la capacidad de proseguir tareas secuenciales.
- Entrenamientos capacitadores para la realización de dibujos.
- Reeduación específica de las apraxias constructivas.

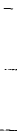
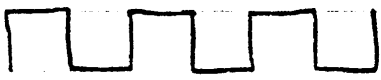
Naturalmente el orden en el que se le presentarán estas tareas al paciente será el correspondiente a su estado funcional, por lo que se efectuará una progresión desde lo más fácil a lo progresivamente más complejo.

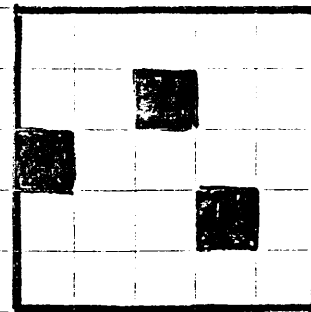
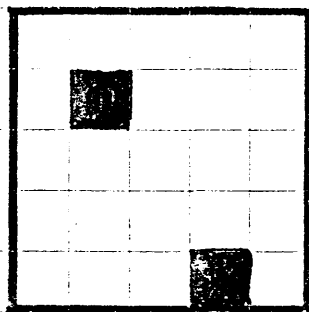
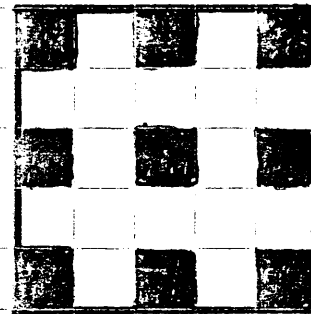
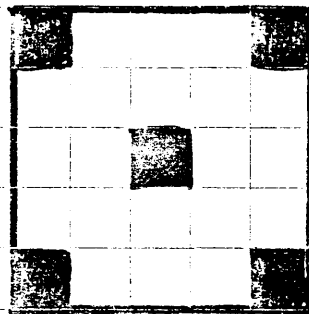
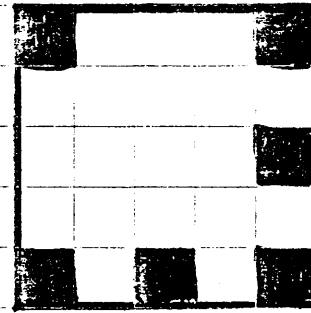
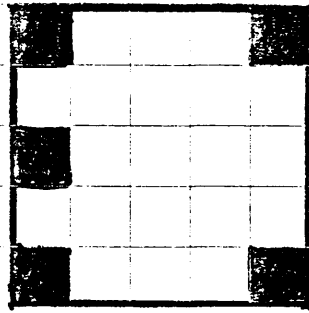
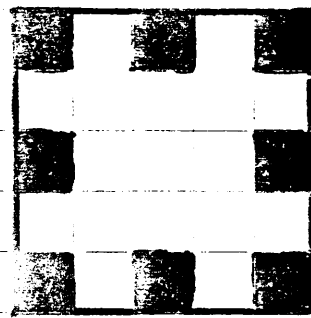
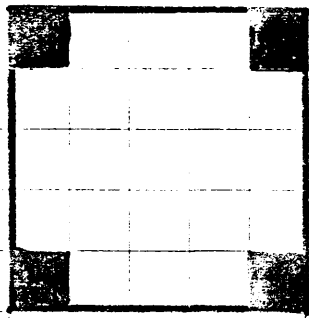
El uso del papel cuadriculado ancho es el más recomendable. En él es posible introducir ayudas sobreañadidas tales como el dibujar previamente los grafismos con un lapicero para que sean repasados con un rotulador luego, o bien proceder a efectuar un punteado en los lugares de los trazos que se consideren más conflictivos. El último paso será la copia o la continuación de una serie iniciada. También, en algún caso, puede resultar de interés dibujar de memoria alguno de los ejemplos.

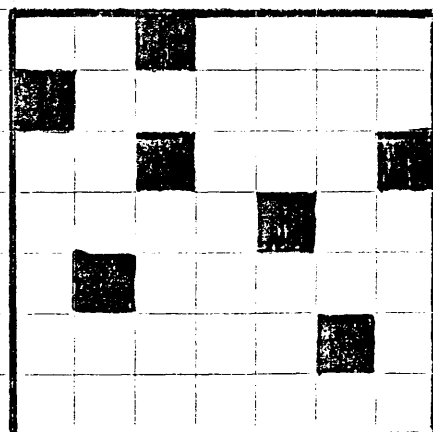
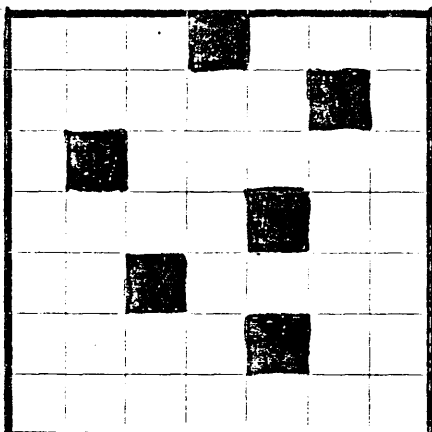
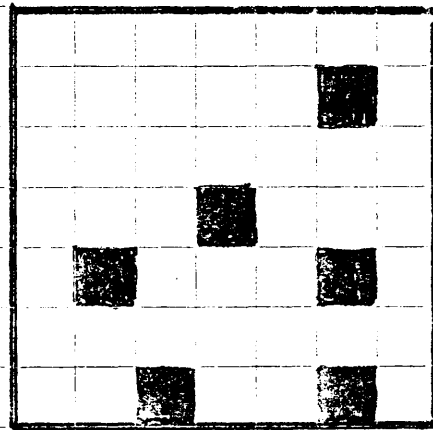
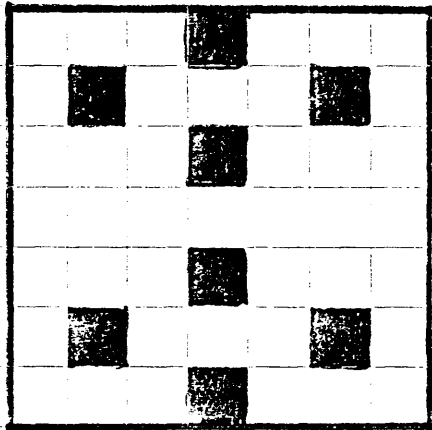
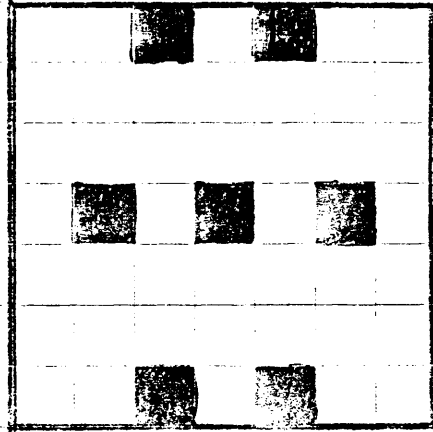
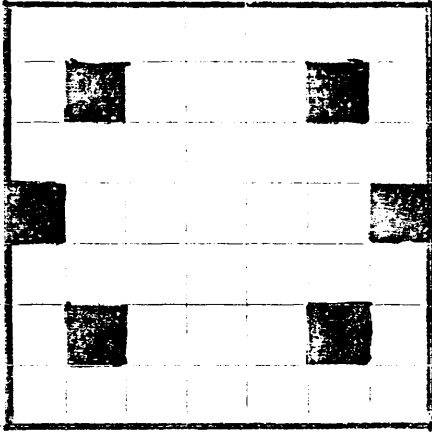


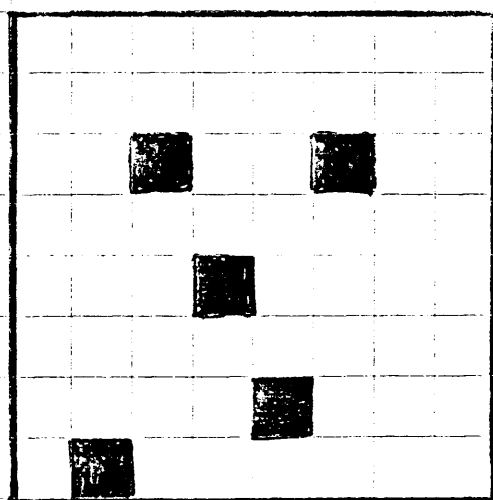
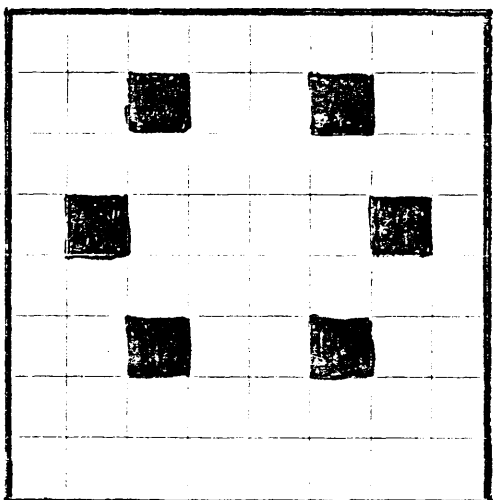
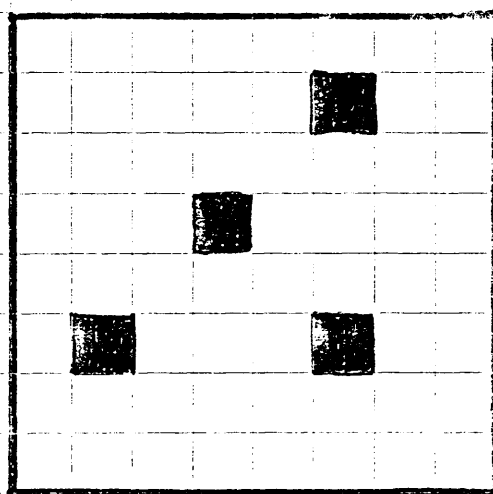
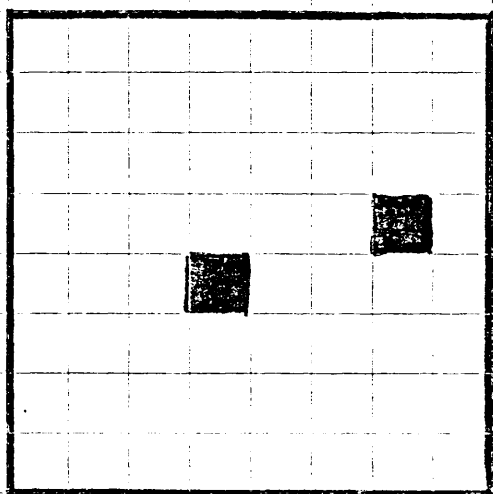
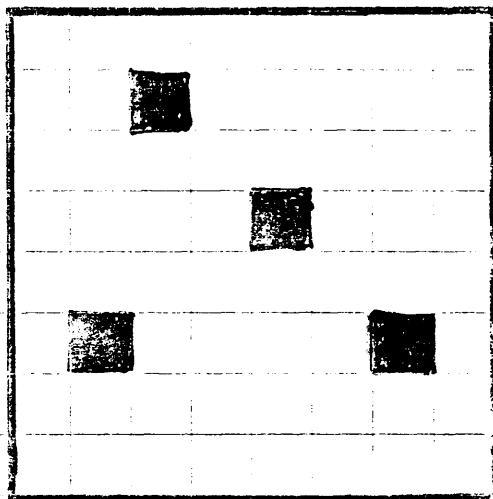
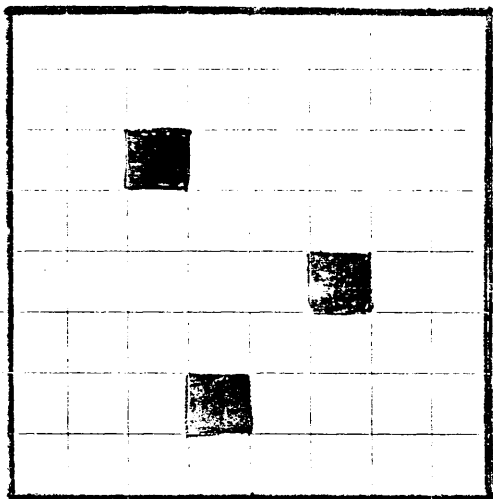


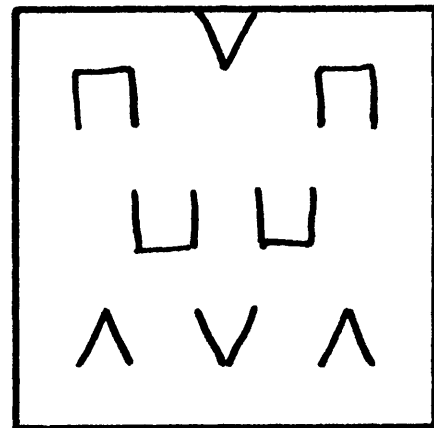
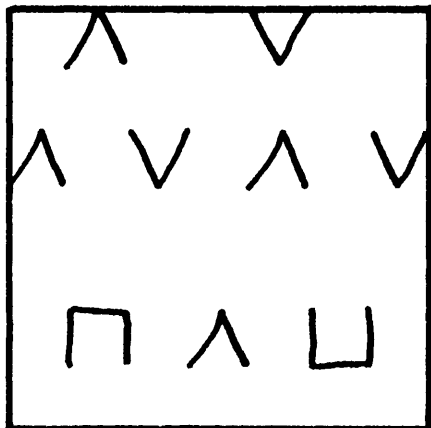
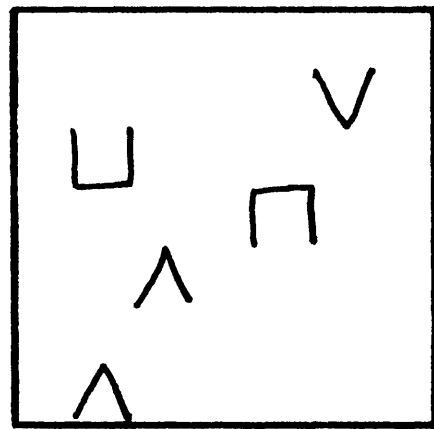
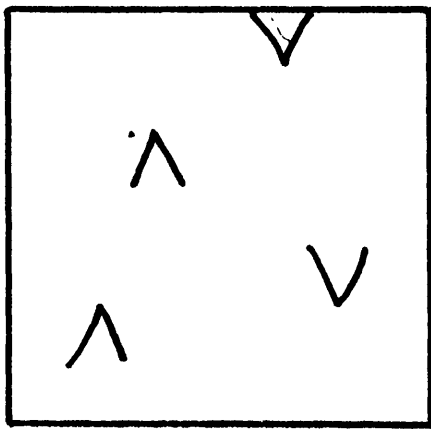
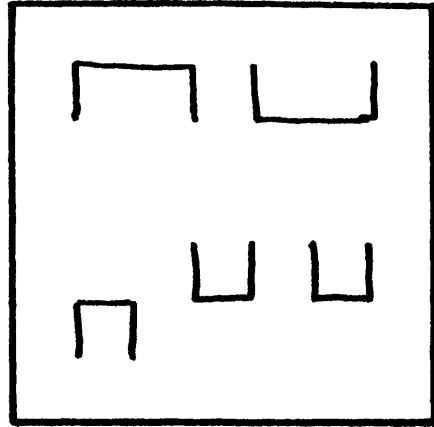
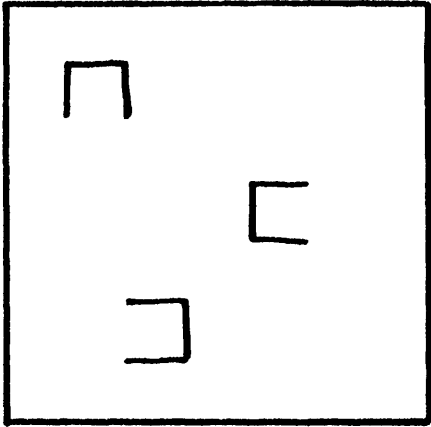


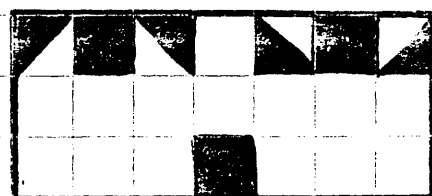
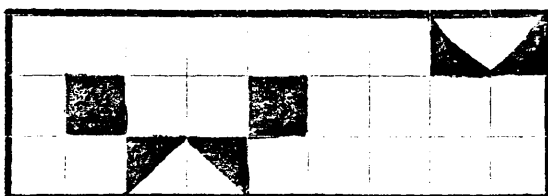
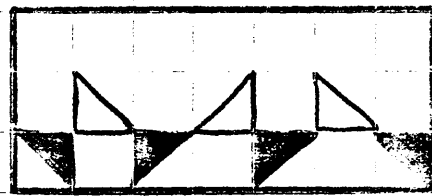
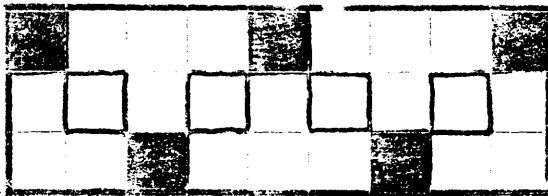
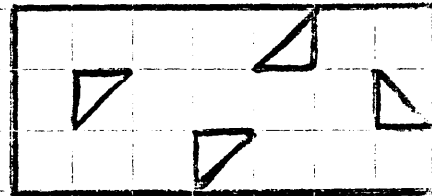
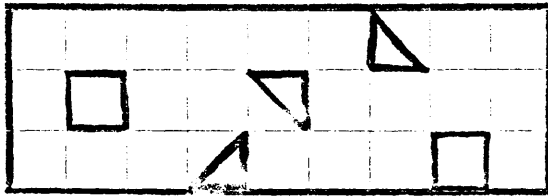
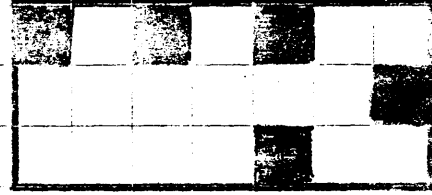
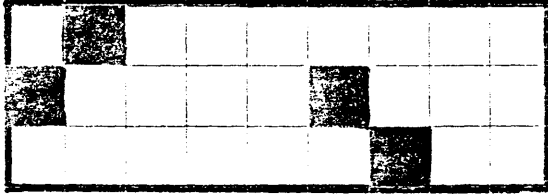
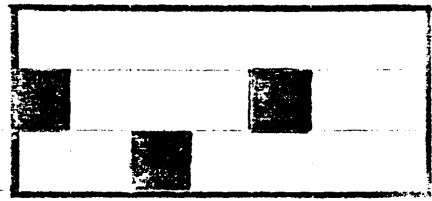
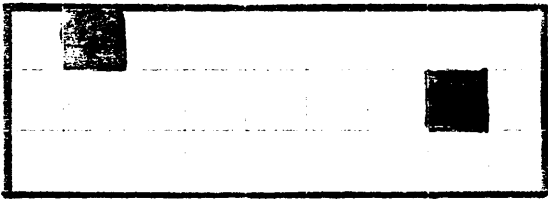












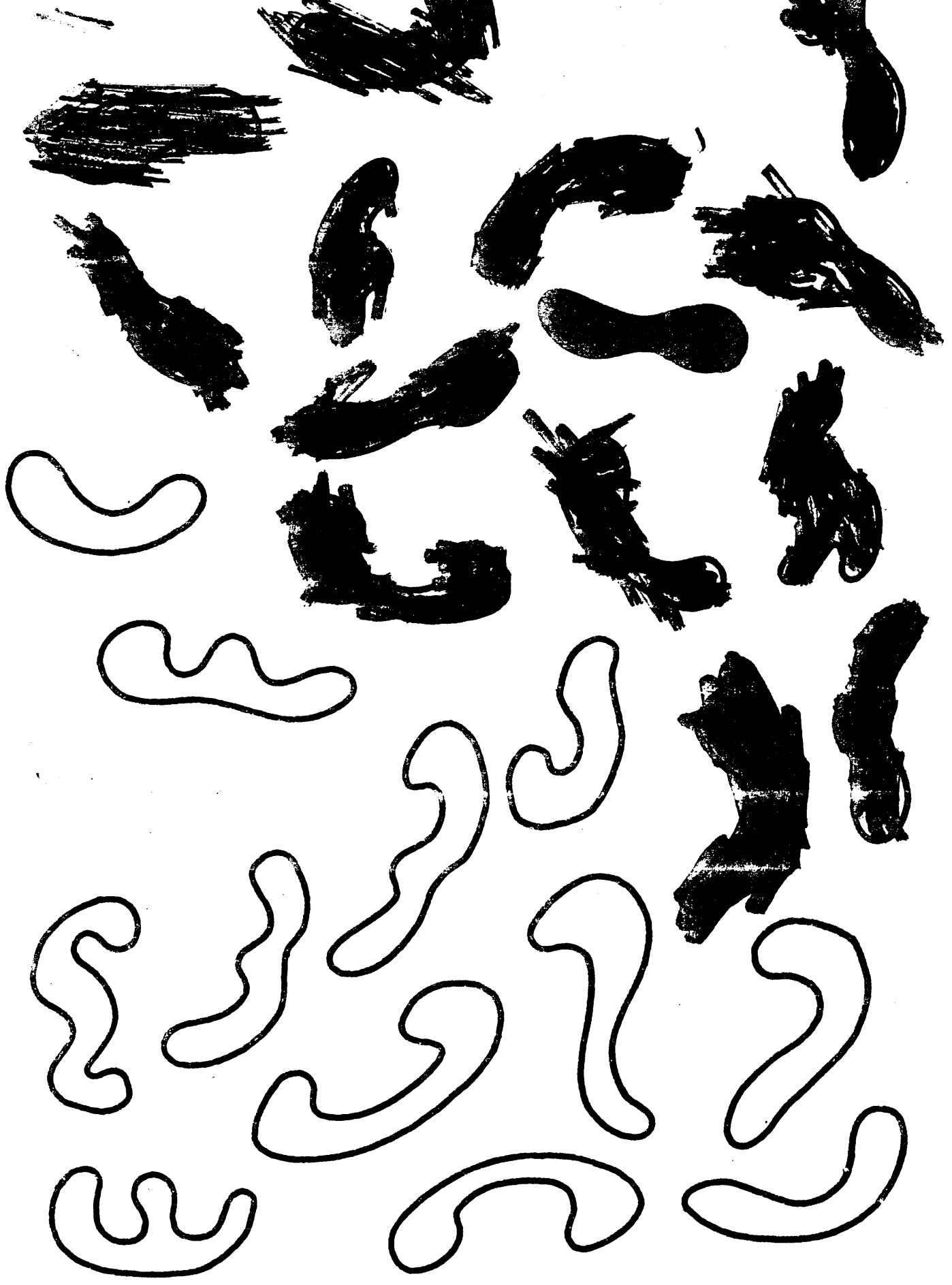
En las figuras siguientes se recogen los trabajos realizados por algunos pacientes sobre láminas del "METODO DE ADIESTRAMIENTO Y MADURACION MENTAL". Aun cuando este "Método" fue confeccionado con vistas a ser aplicado en deficientes mentales muchas de sus series tienen una aplicación directa en pacientes afásicos con problemas manipulativos. Con este fin se han utilizado las siguientes:

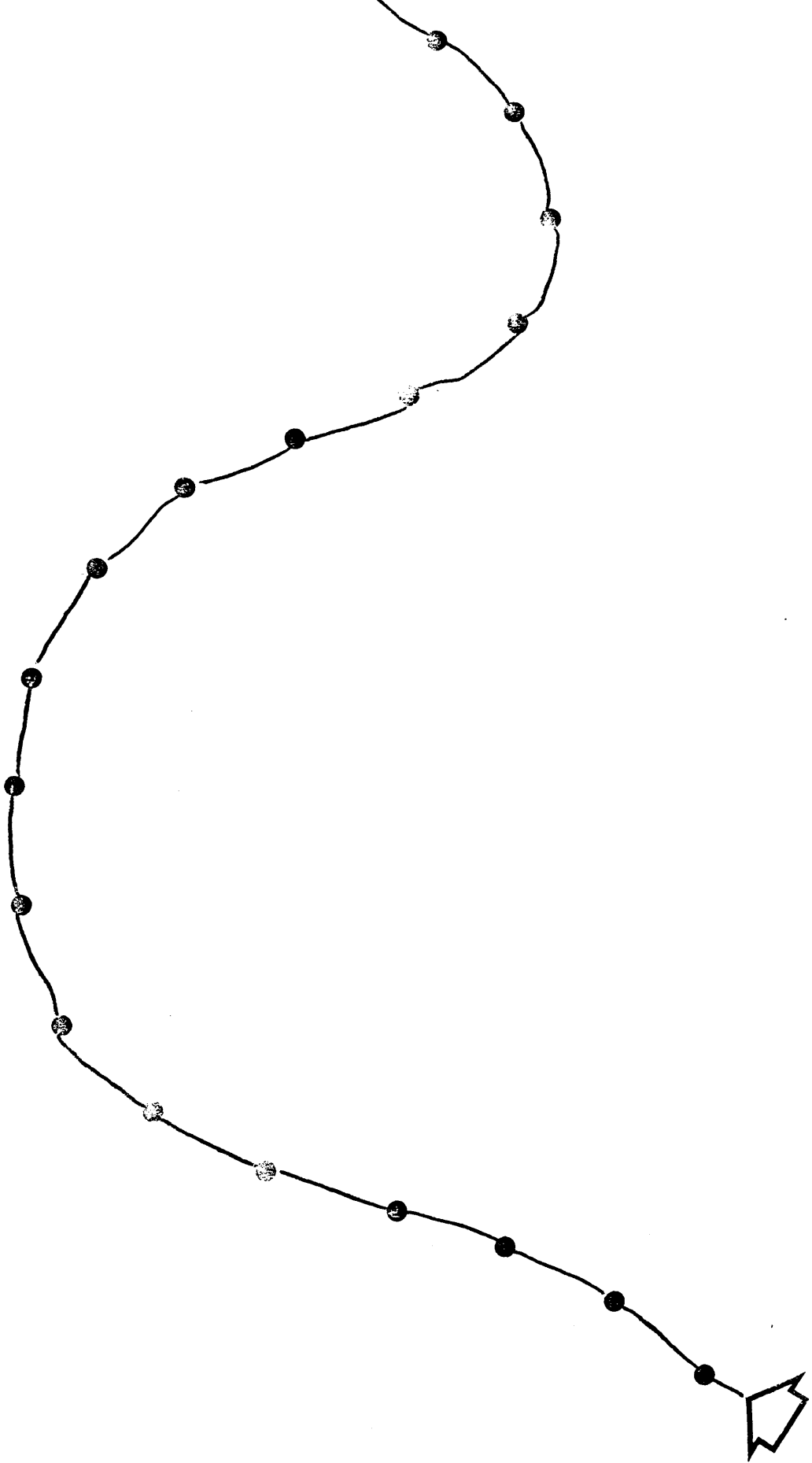
- CALCOS.
- RELLENAMIENTOS.
- ITINERARIOS, de especial interés cuando coexisten disturbios espaciales.
- RECORTABLES.
- TABLERO PERFORADO.
- ACCPLAMIENTOS.
- ENHEBRADOR.

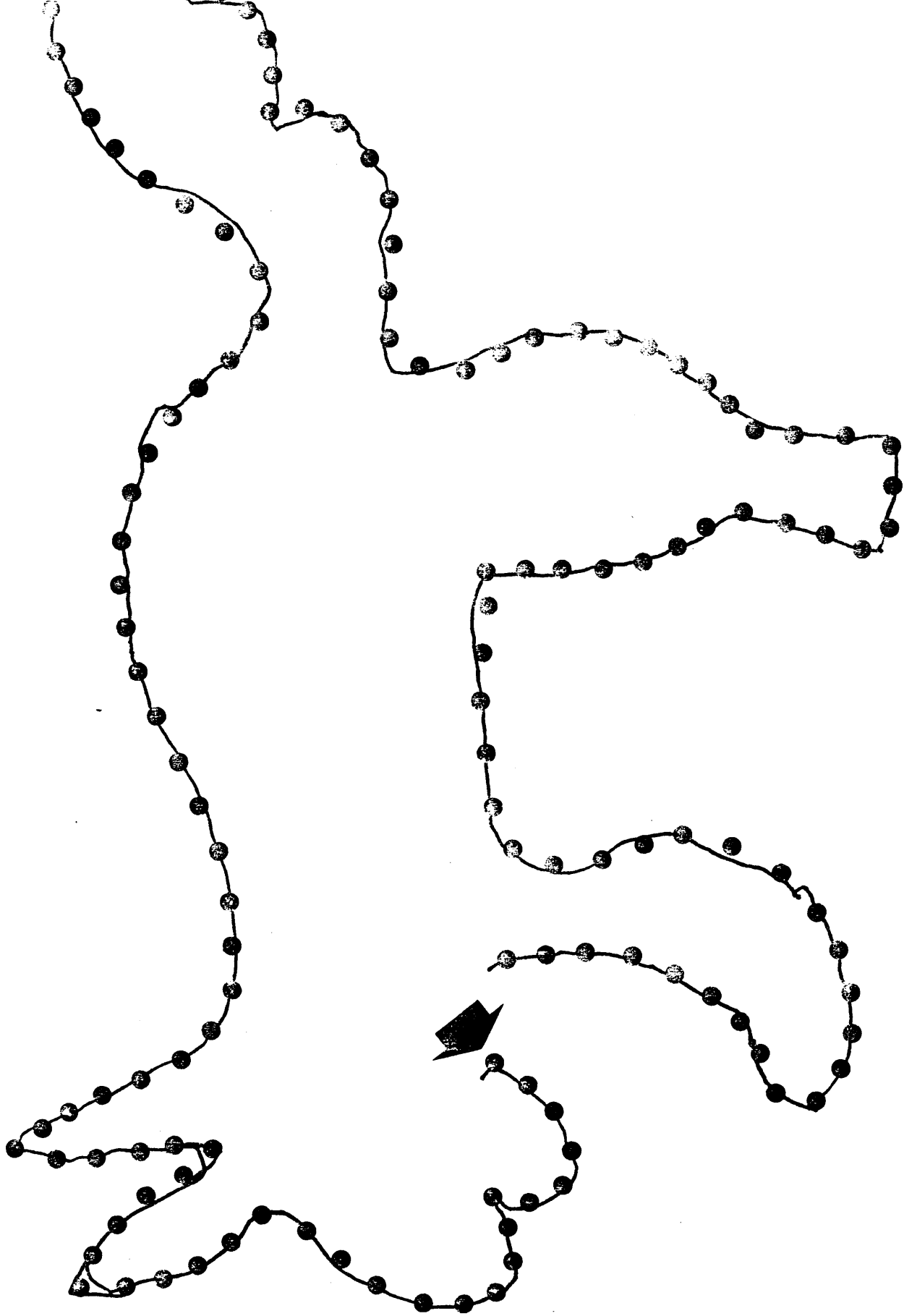
Las tres últimas series citadas tendrían un valor específico cuando hay trastornos dispráxicos concomitantes.

La aplicación sistemática e interrelacionada de estas series con las demás modalidades de actividades reeducativas da lugar a mejoras sustanciales de la habilidad de uso de la mano, izquierda o derecha según se aplique, así como de la capacidad de focalización de la atención, resistencia progresiva a la fatiga intelectual y capacidades de discriminación, reconocimientos y coordinación ojo-mano.









- 4 -

FACTORES CONDICIONANTES DEL PRONOSTICO Y EVOLUCION

DEL SINDROME AFASICO.

No es fácil establecer con exactitud cual va a ser el pronóstico de una afasia inmediatamente después de establecerse, o incluso algún tiempo después. El gran número de factores que de un modo u otro tienen unas repercusiones indudables sobre el funcionalismo del S.N.C., y en general sobre todas las funciones mentales superiores y capacidades comunicativas del sujeto, trae consigo la dificultad de predecir la evolución ulterior del paciente. Sin embargo, es de gran importancia tener una idea previa, aunque simplemente aproximada dada la complejidad del problema, del pronóstico con el fin de perfilar mejor la actitud rehabilitativa que de inmediato es preciso instaurar.

Es imprescindible una exhaustiva exploración general, que haga especial hincapié en la órbita neuropsicológica, unida a un acercamiento profundo a la situación vital del sujeto y de su entorno, sin olvidar la investigación de sus antecedentes biográficos. Los datos así obtenidos permitirán no solo encuadrar el cuadro clínico a estudiar dentro de los apartados de cualquiera de las múltiples clasificaciones de las afasias, sino también efectuar una valoración de las capacidades comunicativas restantes, así como descubrir las más favorables vías de acceso a la expresión y comprensión mediante las cuales sea posible estructurar la metodología reeducadora que se considere más eficaz y racional.

De entre los muchos factores que sería factible citar se recogen a continuación los que se consideran de mayor trascendencia pronóstica e incluso reeducadora:

- 1) Estado intelectual del paciente. Motivaciones.
- 2) Colaboración. Estado de ánimo.
- 3) Colaboración familiar.
- 4) Características del medio social en que está inmerso.
- 5) Factores ecológicos.
- 6) Antecedentes biográficos.
- 7) Nivel intelectual y cultural previos.

- 8) Edad.
- 9) Fórmula de predominio hemisférico.
- 10) Peculiaridades personales en la adquisición de los códigos comunicativos, especialmente del lenguaje verbal.
- 11) Herencia genética. Constitución.
- 12) Etiología de la afasia.
- 13) Localización, extensión, características de la lesión cerebral responsable.
- 14) Tratamientos médicos y quirúrgicos recibidos.
- 15) Estado general del paciente.
- 16) Presencia de otras alteraciones neurológicas.
- 17) Tipo de afasia. Grado de deterioro del lenguaje.
- 18) Capacidad de reestablecimiento espontáneo.
- 19) Tratamiento reeducador a que está, o será, sometido el paciente.

1.- EL ESTADO INTELECTIVO DEL PACIENTE.

Resulta muy dispar de unos afasicos a otros. ALAJOUANINE recoge casos en los que no pudo evidenciar ningún menoscabo de las funciones mentales superiores. En otros, por el contrario, existen de forma muy acusada, sobre todo cuando hay un importante componente comprensivo, hasta el punto de llegar incluso a la demenciación o el marasmo como resultado de una amplia afectación del S.N.C. "abría que distinguir entre los disturbios ligados directamente a la afasia de otros que se presentarían simultáneamente pero, en cualquier caso, unos u otros influirán negativamente sobre el sujeto.

Algunos (HEAD, PIERRE MARIE, WECHSLER, WEPMAN, etc.) han llamado la atención sobre el hecho de que la afasia supone una afectación global del psiquismo, en mayor o menor grado, que siempre debe ser tenida en cuenta terapéuticamente. En el ser humano el lenguaje aparece íntimamente ligado e interrelacionado con toda actividad nerviosa superior. Las implicaciones entre el raciocinio, el lenguaje interior y el articulado son extremadamente sutiles y mutuamente enraizadas onto y filogenéticamente. La afasia, incluso cuando resulta menos profunda y con predominio de la expresión frente a la comprensión y elaboración, suponen la dificultad para hacer uso del pensamiento abstracto más categorialmente elevado (GOLDSTEIN).

Las deficiencias intelectivas son parcialmente evidenciadas con ayuda de tests de inteligencia en los que, por otra parte, es difícil determinar en que grado intervienen en ellos factores de carácter estrictamente verbal (TEUBER) capaces de enmascarar los resultados. MAUBSLEY, BRAID y CHARCOT fueron los primeros, hace ya muchos años, en poner de manifiesto las mutuas dependencias entre la emoción y la idea, por una parte, y su expresión a través de la actitud, la palabra y el movimien-

to, de otra. Para HEYSE el pensador solo llega a estructurar y controlar el pensamiento cuando logra proyectarle al exterior y CHAUCHARD afirma que el afásico está enfermo en su pensamiento porque ha perdido el instrumento del lenguaje. La misma dificultad que entrama el concepto de inteligencia, y que en ocasiones se sustituye por expresiones tales como funciones mentales superiores, perfil psicomotriz y otras, evidencia los problemas con que tropezamos al tocar estos campos pero las dependencias mutuas que hay entre ellos.

En este apartado hay que hacer mención no solo de los déficit acompañantes a la afasia y dependientes de ella o de la agresión que sufrió el S.N.C. del paciente con motivo de instaurarse aquella, sino también el estado intelectual propio del sujeto en razón de su edad o de otras agresiones anteriores o posteriores.

En cualquier caso cabe afirmar que el menoscabo intelectual que padezca un paciente afásico condicionará mucho:

- La futura evolución, incluso espontánea del cuadro, su tendencia a la regresión.
- Los medios terapéuticos y la programación rehabilitativa.
- Los objetivos que desde el punto de vista rehabilitador pretendamos alcanzar.
- La facilidad de establecimiento de nuevos aprendizajes.

2.- COLABORACION. ESTADO DE ANIMO. MOTIVACIONES.

El lenguaje constituye una modalidad altamente cualificada de esa característica esencial del ser vivo que es establecer relaciones con el medio en que se desenvuelve con el fin de su pervivir, desarrollarse y perpetuarse. Ello trae consigo que este tipo de expresividad, verbal o escrita, adquiera una dimensión más humana a través de la propositividad, intencionalidad y voluntariedad. La libertad de hablar tiene en última instancia repercusiones políticas y sociales. Por consiguiente, la situación anímica y emocional del sujeto tendrán una influencia decisiva en cuanto al restablecimiento de sus vías de comunicación abolidas o dañadas. El afásico únicamente podrá comprender el mensaje verbal a él dirigido si, ante todo, se siente interesado y curioso por recibirle y desentrañarle. Análogamente solo expresará algo si, efectivamente, desea hacerlo.

Recíprocamente, la pérdida del lenguaje influye mucho sobre la personalidad y el equilibrio emocional del que la padece, ya que se le amputa una de las notas más configuradoras de la humanización, lo cual indudablemente tiene una repercusión sobre su bagage motivacional. AZCOAGA encuentra cambios emocionales en pacientes incluso, prácticamente recuperados y se comprende fácilmente el papel que tienen en la reintegración social, laboral, e incluso personal, de estos sujetos.

No se olvidará en ningún momento que el padecimiento de una afasia constituye un acontecimiento realmente importante y traumatizante para el que la sufre, ya que le hace cambiar de forma radical su hasta entonces personal modo de estar en el mundo. Los relatos de médicos que sufrieron pasajeraamente este síndrome y más tarde se recuperaron (FOREL, LORDAT, ROSTAN, SALOZ) son a este respecto muy significativos. La larga duración de este estado da lugar a que se verifiquen cambios emocionales y de

conducta a lo largo del tiempo, por lo que habrá que valorar continuamente estos posibles cambios.

La aceptación de la minusvalía, enfrentarse a ella de forma constructiva, facilita al máximo el aprovechamiento de las pautas terapéuticas que instauremos. Cuidar estos puntos constituye, de por sí, un importante capítulo del tratamiento. En todos los afásicos son aplicables estos principios.

Las reacciones de irritabilidad, apatía o indiferencia, inseguridad, dependencia, aislamiento, pesimismo, inestabilidad emocional, irresponsabilidad o euforia injustificada dificultan la rehabilitación y desgraciadamente surgen con frecuencia. En todo caso hay que pensar que el individuo poseía previamente a su lesión una peculiar personalidad responsable en mayor o menor grado de la actitud que luego manifiesta.

El quehacer rehabilitativo debe ajustarse lo más posible al paciente como ser individual, por lo que las manifestaciones emocionales de cualquier tipo o bien se tratarán de corregir, cuando se consideren perturbadoras, o bien se aprovecharán al máximo siempre que de ellas se considere que se sacará algún partido.

Se admite que las personas equilibradas, optimistas, regulares en su conducta, perseverantes y, en general, con lo que ENGELS denominaba "instinto de curiosidad" bien desarrollado van a tener mejores posibilidades que las personas con características opuestas.

3.- COLABORACION FAMILIAR.

Siendo la afasia fundamentalmente un trastorno de la comunicación, es en la familia, en el ámbito del hogar, donde se manifestarán en primera instancia de forma más real y honda sus consecuencias. Todos sus miembros deben colaborar estrechamente en el proceso recuperador y están además en condiciones de suministrar un gran número de datos sobre las peculiaridades evolutivas del cuadro, de los rasgos comunicativos que presentaba con anterioridad el sujeto. Deberán evitar las actitudes de sobreprotección, indiferencia, olvido o rechazo ya que todas ellas actúan muy desfavorablemente sobre la recuperación.

La "necesidad de comunicación" que para SCHUELL es el primer y básico componente de su esquema de organización del lenguaje, es en el seno de la familia donde adopta sus dimensiones más profundas ya que se recogen en él las manifestaciones de las necesidades más primarias y elementales del paciente que de este modo se identifican más con las ligadas al lenguaje emocional o reactivo. Aquí, pues, nos encontramos ante sugestivas posibilidades reeducadoras siempre que se sepa, y sea factible, hacer un uso correcto de ellas.

Cada individuo de la familia establece personales lazos con el afásico, del mismo modo como sucedía antes de la minusvalía aunque ésta generalmente establece cambios acusados. Terapéuticamente es menester conocerles, conservarles, reforzarles y servirse de ellos de forma eficaz. Ello solo es posible si hay una colaboración familiar mínima, lo que no siempre sucede. Las características de la sociedad actual, más competitiva que cooperatoria, en nada favorecen lo que preconizamos que solo será válido en algunos casos.

En ocasiones el afásico llega a comunicarse con su familia, o al menos con sus miembros más allegados, para algunas necesidades mediante gestos o señas solo inteligibles para ellos,

con lo que se comprometen sus capacidades de entendimiento con otras personas. Sucede algo semejante a lo que encontramos en niños de muy corta edad que emplean un código comunicativo personal que tan solo comprende la madre. En ambos casos no es conveniente estimular unilateralmente estos comportamientos sino que más bien a partir de ellos extenderles hacia los hábitos lingüísticos del resto de la gente. Así, pues, en el afásico hay que buscar en todo momento el establecimiento de mecanismos comunicativos válidos e inteligibles para cualquier persona.

A veces, por las características de gravedad y profundidad del síndrome, se recomienda enseñar y estimular unos cauces comunicativos extralingüísticos que al menos permitan no perder del todo el contacto con el entorno y dar a conocer las necesidades más perentorias. En estos casos el papel de la familia será muy interesante y aconsejará que la adiestremos en esta línea.

La familia es además, el elemento que de forma más regular y eficaz mantendrá al afásico en contacto con las demás personas, siendo incluso su intérprete. Es quien mejor le va a reintegrar, hasta donde sea posible, a su antiguo habitat urbano con lo que se evita o retrasa un empobrecimiento paulatino de los lazos comunicativos y motivacionales respecto a los demás. Estudios verificados en comunidades con pérdidas de la libertad (campos de concentración, cárceles, asilos, etc.) demuestran una reducción de los temas de conversación, de las ideas, así como un empobrecimiento paulatino y proporcional a la severidad del aislamiento, del vocabulario y de los patrones sintáctico-gramaticales. (GONZALEZ MAS).

4.- CARACTERISTICAS DEL MEDIO SOCIAL EN QUE ESTA INMERSO.

Las necesidades comunicativas de cada individuo para su desenvolvimiento personal respecto a sus obligaciones económicas, laborales y sociales trae consigo el que unas mismas perturbaciones del lenguaje tengan mayor trascendencia en unos individuos u otros. Todo lo cual matiza, en ocasiones incluso de forma dramática, la gravedad absoluta y relativa del síndrome invalidante.

De otra parte, el pertenecer a un grupo social o comunitario de determinadas características tendrá a su vez un específico grado de influencia. Hay comunidades con mayor capacidad de desarrollar hacia este tipo de pacientes una cooperadora y constructiva actitud que, de forma análoga a lo comentado en el anterior apartado sobre la colaboración familiar, constituyen un valioso elemento capaz de actuar favorablemente sobre el curso evolutivo de la afasia.

Hay otras repercusiones sociales que, aunque de modo sucinto, cabe comentar. Son, por ejemplo, la desgraciada influencia que el padecimiento ejerce sobre el equilibrio emocional e incluso económico de la familia, al igual que otras minusvalías. Por eso no cabe hablar únicamente de la rehabilitación del afásico, sino también de la de su familia en la medida de que el susodicho síndrome es capaz de alterarla.

La larga duración de los tratamientos reeducadores origina servidumbres de tipo económico, por lo que deben ser llevados a cabo en el marco general de la asistencia médica nacional. Es un tipo de tratamiento que requiere abundante personal cualificado, lo que encarece los costos asistenciales. Se impone, por consecuencia, la protección y financiación estatal de todos los esfuerzos rehabilitativos que exige la correcta asistencia a estos pacientes. Hay que tener en cuenta que, en el caso frecuente de sufrimiento de un accidente vascular cerebral, la reeducación del lenguaje va a durar quizás más tiempo que la de la hemiplejía-concominante. Lo cual significa que si el paciente

vive en una población alejada, o en un barrio apartado, del centro de rehabilitación habrá que solucionarle el problema de la asistencia a dicho centro una vez que haya sido dada de alta de su hemiplejía. Todos estos puntos constituyen frecuentemente obstáculos difíciles de superar y se continúan insensiblemente con todos aquellos de asistencia social siempre ineludibles.

5.- FACTORES ECOLOGICOS.

Es necesaria una adecuación del entorno al afásico con el fin de facilitarle en lo posible el intercambio comunicativo con los demás. Y deberá ser mayor, más matizada, en los primeros momentos para posteriormente, de forma progresiva, irle restituyendo a sus anteriores condiciones de maniobrabilidad física y social. Sin embargo esto no siempre es alcanzable y a veces se deberán mantener unas condiciones ecológicas especiales en las que no es fácil apartarnos ni de la marginización ni de las situaciones conflictivas, particularmente las competitivas, en las que el paciente fracasaría por no poder asumir-las ni vencerlas.

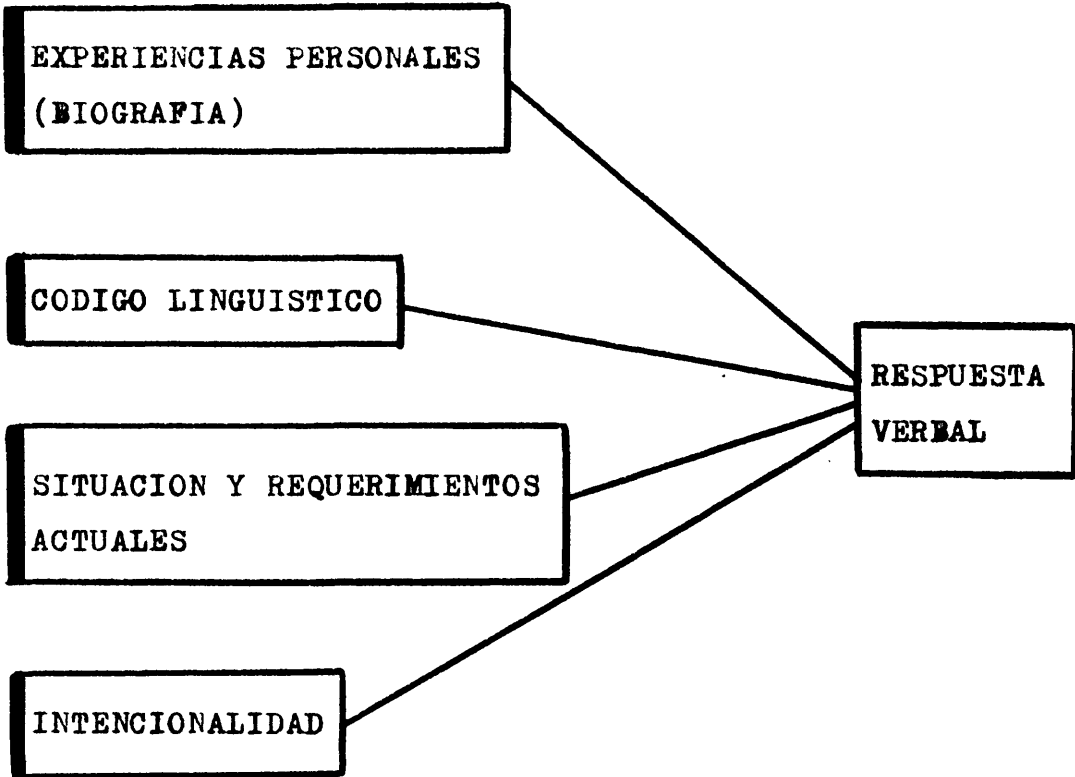
La existencia de barreras que impiden la integración al medio, tanto físico como socio-cultural, coartan mucho la posibilidad de reestablecimiento de relaciones comunicativas. Las de carácter arquitectónico y las urbanísticas son sin duda de las más nocivas, teniendo en cuenta la coexistencia de otras invalideces sensomotoras acompañantes, tan frecuentes como las hemiplejías. Cualquiera de ellas restringe el radio de acción a límites muy reducidos, incluso hasta en el interior de la propia vivienda. Las peculiaridades características de determinados núcleos de habitabilidad, el rural o suburbial por ejemplo, plantean especiales dificultades adaptativas aun cuando las barreras arquitectónicas y urbanísticas estén seguramente menos desarrolladas. En cualquier caso todas ellas impiden la recepción de los estímulos comunicativos y llegan a ser causa decisiva en la instauración de un empobrecimiento general de la comunicabilidad.

Se impone, consiguientemente, proceder a estudiar cuidadosamente el medio ecológico del paciente ya que cuantas mayores sean sus tomas de contacto directo con la realidad circundante mayores serán las ocasiones de establecimiento de nexos comuni-

cativos. El ideal es que a partir de unas condiciones iniciales mínimamente satisfactorias sea posible estructurar un amplio programa rehabilitativo montado sobre estas premisas ecológicas que serían modificadas en lo que cabe para obtener de ellas las ventajas que más nos conviniesen a nuestros planes.



Los problemas ecológicos comprometen gravemente el radio de acción comunicativa y vital del afásico, y del minusválido o anciano en general. Este tipo de barreras son de distinta índole según nos encontremos en zonas urbanas, con barrios víctima de la especulación y de concepciones arquitectónicas deshumanizadas, o rurales, sobre las que pesa la descapitalización, el atraso y la pobreza. Aunque en estas últimas las posibilidades de una convivencia más fácil y cooperadora sean mayores, sin embargo se encuentran en ellas un gran número de problemas que no son combatidos en toda su profundidad por abandono o incluso un mal sentido del tipismo folklórico. En la fotografía que se reproduce, que es una tarjeta postal de un rincón de una población del Sur de España, la visión turística ha desplazado a la real en la que vemos obstáculos importantes en las entradas a las casas, deficiencia de servicios, pobreza y ancianidad desprotegida y solitaria.



6.- ANTECEDENTES BIOGRAFICOS.

La historia y vicisitudes acaecidas al sujeto hasta el momento de la lesión influyen en la evolución del cuadro afásico. Tal sería el caso de los individuos plurilingües cuando tienen una lengua conservada (afasia monoglótica). SUBIRANA, en bilingües en los que el segundo idioma se aprendió también en la infancia ha descrito casos en los que el afásico hacía uso de una ensalada de palabras de ambos.

Cuando se perdieron todos los idiomas, PITRES, aplicando la ley de RIBOT sobre la memoria, llega a la conclusión de que el idioma materno, aprendido en la cuna, sería el mejor conservado. MINKOWSKI pone de relieve la importancia que tiene el haber aprendido cada uno de ellos de modo distinto. El materno se adquiere a través de la audición y el resto, por lo menos hasta estos últimos años, más bien por la vista. La introducción de nuevos métodos de aprendizaje de idiomas en nuestros días quizás hiciesen variar en el futuro estos condicionamientos. Según lo referido dependiendo de la localización de la lesión se deterioraría más o menos el idioma cuyo aprendizaje estaba asentado en el analizador cerebral más dañado. Sin embargo se ha esgrimido el hecho de que se conserve mejor el más empleado en los últimos tiempos. O el que tiene para el sujeto mayor resonancia afectiva (HALPERN). O el que se usaba en el momento justo de producirse la lesión.

GOLDSTEIN, tras analizar cuidadosamente las afasias monoglóticas lanzó la hipótesis de que se volvería a recuperar aquel idioma que el paciente se viese obligado a emplear más, de acuerdo a las características socio-culturales y vitales que concuerrieran en el lugar donde se encontrase (país, hospital, etc.). Indudablemente todos los elementos de cualquier índole que rodeen al sujeto, y que forman parte de un medio en el que se habla un determinado idioma, constituyen para él otras tantas señales

discriminativas asociadas a la lengua allí empleada.

En otros casos, descritos por WEISSEMBURG y MAC BRIDE, todos los idiomas están por igual deteriorados, aun cuando continúan manteniendo su independencia, y el afásico es capaz de intentar hacer uso de uno u otro según se lo proponga.

Pero no únicamente son los idiomas el único factor biográfico capaz de influenciar el síndrome. Cualquier otro acontecimiento personal tendrá un valor cierto, en lo referente a su utilización reeducadora con tal de que, con independencia de su naturaleza, reúna las siguientes peculiaridades:

- Tener una profunda resonancia afectiva, motivacional o rememorativa.
- Poder ser objeto de una cierta representación o utilización rehabilitativa.

Se trata de sucesos descubribles tras una cuidadosa investigación en la que la familia desempeñará un importante papel.

7.- NIVEL INTELECTUAL Y CULTURAL DEL PACIENTE.

En general, se considera que los sujetos más inteligentes tienen mejores posibilidades de recuperación, siempre que no hubiesen sufrido previamente, o simultáneamente, un deterioro específico de sus funciones intelectivas.

Se explicaría de una parte por adaptarse mejor a las normas y objetivos de los programas terapéuticos, pero también por estar más dotados de formas de expresión varias. RIBOT ya indicó que las agresiones al S.N.C. pueden originar pérdidas aisladas de algunas variedades de expresividad con conservación de otras. Son muchas (matemática, musical, plástica, verbal, de cualquier instrumentalidad) ya que son incluíbles cualquiera de las preferencias electivas de la persona a lo largo de su vida hasta el punto de que WINSLOW llega a citar las de carácter religioso.

Los conocimientos culturales, en aquellos que se han polarizado vitalmente sobre ellos, implican un adiestramiento ininterrumpido de la verbalización y, además, suponen una ampliación de los intereses personales más allá de los estrictamente primarios. Bien dirigidos dan un fructífero juego en el curso de las sesiones reeducadoras, ya que cada preferencia, aptitud, habilidad, conocimiento o experiencia se convierte en otros tantos puntos de partida para la reconstrucción de los medios de comunicación afectados o para rehacer la estructura lingüística, verbal y gráfica, dañada.

Se ha dicho que el denominado "hábito de aprendizaje intelectual" favorece el curso del tratamiento reeducador. En el caso de analfabetos, o subculturalizados, los resultados obtenidos han sido, empero, contradictorios y quizás mediatizados por otros condicionamientos. Si se trataba de gente joven la rehabilitación ha supuesto el suministro de unos cuidados y asisten

cias educativas inéditas hasta entonces y siempre queda, por tanto, la duda de si los avances eran de naturaleza "educadora" o "reeducadora". En individuos de mayor edad parece claro que no habría que insistir en puntos tales como la escritura y aún en la misma esfera verbal los objetivos terapéuticos se cifrarían más que nada a lograr un restablecimiento comunicativo primario. Teóricamente el subculturalizado tendría menos desarrollado el lenguaje especulativo, lo utilizaría además menos, por lo que su afectación sería siempre menor.

8.- EDAD.

Se considera que la juventud es un factor positivo de restablecimiento, especialmente por debajo de los treinta años. En los niños, hasta los seis o nueve años, la situación sería aún más favorable como consecuencia de una mayor plasticidad y capacidad de suplencia funcional. ANGELERGES, CULIGAN y HEACEN estudiaron un grupo de 12 y encontraron que el orden de recuperación fue, sucesivamente, la comprensión, expresividad verbal, lectura y escritura. La evolución favorable debe verse antes de las cuatro semanas, ya que de lo contrario el pronóstico sería más pesimista (GUTTMANN),

Las afasias infantiles, entre los 2 y los 10 años, deben ser consideradas separadamente de los retrasos de la adquisición del lenguaje ya que se trata de cuadros distintos. Tienen, además, especiales peculiaridades respecto a las del adulto y deben ser consideradas de manera global en la psicomotricidad general del niño. Por todo ello constituyen un capítulo aparte con técnicas rehabilitativas especiales por lo que no serán aquí tratadas en profundidad.

BASSER indica que los niños presentan con mayor frecuencia trastornos del habla tras lesiones menos localizadas específicamente en cualquier hemisferio cerebral, lo que se debería a una incompleta lateralización semejante a lo que sucede en los zurdos. Sin embargo las localizaciones cerebrales se empiezan a estructurar desde edades muy tempranas, aunque en un principio no adpten gran rigidez. Así, FEDIO y MIRSKY encuentran que niños con epilepsia por lesiones temporales izquierdas tienen disturbios de la memoria, aprendizajes verbales y, en general afectación intelectual que no hallan en los que sus lesiones son derechas.

El mejor pronóstico de las afasias juveniles se debería a una incompleta maduración final del S.N.C. a nivel morfológi-

co, fisiológico y bioeléctrico. La maduración morfológica se refiere a crecimientos de la neurona, de sus prolongaciones y organitos, ya que su número no cambia desde el quinto mes de desarrollo intrauterino. La mielinización dura en cambio hasta el segundo año de vida. La maduración bioeléctrica finaliza hacia los 20 años. Numerosos trabajos experimentales demuestran por otra parte que el aprendizaje determina cambios histológicos y bioquímicos ligados a estructuras neuronales como las vesículas y botones sinápticos, en edades más avanzadas.

En los ancianos el pronóstico es peor, sobre todo cuando coexisten alteraciones geriátricas de deterioro involutivo de las funciones mentales superiores. El caso más representativo es el de las enfermedades de ALZHEIMER y PICK. Actualmente las afasias que con más frecuencia se ven a nivel hospitalario son las de viejos y ello indudablemente proporciona una visión un tanto unilateral del problema afásico ya que se trata de cuadros diferentes a los estudiados clásicamente por autores como HEAD y LURIA en heridos de guerra.

La importancia de la edad sería, en resumen, incluso decisiva. BROWN y JAFFE afirman que una misma lesión en el area de WERNICKE da en el niño una afasia motora, en el joven anomías y parafasias y en el viejo jergafasia. Para el area de BROCA las lesiones de los menores de 30 años ni siquiera determinarían cuadros afásicos. La comprensión de estas profundas diferencias se haría teniendo en cuenta el problema de la dominancia y lateralización hemisférica, de la que se habla ampliamente en otro lugar.

9.- DOMINANCIA HEMISFERICA.

La polémica sobre las peculiaridades de las afasias en sujetos diestros, zurdos y ambidextros parece que debe resolverse considerando la dominancia hemisférica como un proceso dinámico, variable con la edad y las situaciones ambientales, aunque fundamentado en premisas congénitas e incluso hereditarias.

Su interés es diagnóstico, clínico y terapéutico.

10.- PECULIARIDADES PERSONALES EN LA ADQUISICION DE LOS CODI- -
GOS COMUNICATIVOS.

Tanto la adquisición infantil del lenguaje, como su ulterior utilización a lo largo de la vida, están en estrecha relación con apoyaturas motrices, propioceptivas, visuales, auditivas, táctiles e incluso olfativas y gustativas que desempeñan un papel más o menos importante en unos sujetos u otros.

De antiguo se ha llamado la atención sobre individuos que son "más visuales que auditivos" etc. Autores como CHARCOT recogen al respecto casos particularmente curiosos. Todas estas peculiaridades personales tienen una indudable influencia sobre el curso evolutivo de la afasia, pero en cualquier caso se tendrán muy en cuenta a la hora del tratamiento. En los sordomudos, desmutizados o no, y en los ciegos, sobre todo en los que utilizan el alfabeto BRAILLE estos factores adquieren una gran preponderancia. Lo mismo cabría decir de los cuadros afásicos de gentes pertenecientes a culturas orientales en los que los idiomas operan según pautas parcialmente distintas a los occidentales. BARRAQUER BORDAS recoge diversos trabajos de autores chinos y japoneses en cuyas culturas la utilización de ideogramas gráficos independientes de una ordenación fonética da lugar a curiosos resultados, al menos en el ámbito de las agrafias.

11.- HERENCIA GENÉTICA. CONSTITUCION.

La complejidad de los mecanismos neuropsicológicos más superiores del hombre, que culminan en las capacidades comunicativas, hace que no puedan olvidarse factores múltiples incluidos los de carácter genético y constitucional (TORRES DE GASSÓ).

La polémica entre lo que en el hombre, especialmente en su órbita intelectual, hay de congénito o es debido a influencias ambientales, e incluso a factores primarios emocionales (la "urdimbre afectiva" de ROF CAREALLO), está lejos de haber concluido. Ambos campos no están en absoluto delimitados. El mismo concepto de constitución, tan empleado en la medicina clásica, no ha perdido su vigencia aunque se trate de enfocar actualmente a la luz de los conocimientos con que contamos. Al analizar los estudios estadísticos en los que se demuestra una relación entre un buen desarrollo intelectual, que incluye el de la órbita verbal, y determinados niveles socio-culturales de las familias de los niños considerados, queda siempre un margen adjudicable a lo que recogemos aquí bajo el epígrafe de "herencia genética y constitución". Sucede, empero, que son factores difícilmente delimitables o mensurables, de incierta influencia en cada caso, al menos a priori. Sin duda en los demás factores condicionantes que venimos analizando intervienen de algún modo éstos.

12.- ETIOLOGIA.

La etiología explica que la afasia sea permanente o transitoria, y en este caso recidivante o no como ocurre con ciertos accidentes vasculares cerebrales fugaces que remiten. Cuando es permanente a veces es progresiva, como en tumoraciones, procesos expansivos de índole varia y enfermedades degenerativas. Serían, por el contrario, ejemplos de cuadros con tendencia a la regresión las inflamaciones de causas múltiples o el edema cerebral que acompaña a determinadas lesiones en diferente cuantía. Caso aparte es el de los tumores que una vez extirpados hacen desaparecer las compresiones.

La etiología es responsable de que determinados mecanismos patogénicos se pongan en marcha con variada intensidad. A este respecto interesa subrayar al fenómeno de la "diasquiasis" descrito por VON MONAKOV, o extensión inicial de la sintomatología a amplias regiones cerebrales, o el llamado "shock nervioso" de las lesiones de origen vascular (hemorragia, embolia o trombosis) y al que hace extensa referencia LORD BRAIN. También se incluirían aquí los fenómenos de inhibición neuronal inicial a agresiones del S.N.C. del que se ocuparon ampliamente PAVLOV y sus seguidores.

Es muy importante insistir en que la rehabilitación del afásico en ningún caso se llevará a cabo sin tener en cuenta la naturaleza del proceso etiopatogénicamente responsable. De su consideración se sacará importante información sobre el pronóstico y los recursos terapéuticos. La etiología marca de por sí determinadas pautas de acción, como es el caso de los enfermos con escasas posibilidades de supervivencia o con tendencia progresiva al empeoramiento.

A lo largo de los años, desde que se describieron los primeros cuadros afásicos hasta ahora, se han citado infinidad de

etiologías pero las más frecuentes con mucho son los traumatismos craneoencefálicos, las tumoraciones varias y los procesos vasculares cerebrales.

13.- EXTENSION, LOCALIZACION, CARACTERISTICAS DE LA LESION
CEREBRAL RESPONSABLE.

No existe correlación directa entre la cualidad, extensión y localización de la lesión y las posibilidades recuperativas o incluso las características de la sintomatología afásica, ya que se ve influenciada por muchos factores. La teoría de la "diasquisis" de VON MONAKOV y la pluralidad de asociaciones de las afeas clásicamente consideradas como responsables del lenguaje verbal o escrito, así como las variantes de la fórmula de lateralización, debe llevarnos a justipreciar la importancia que desde el punto de vista comunicativo asume todo el S.N.C. en el hombre.

Hay particularidades personales en cuanto a la red de distribución vascular encefálica (anastómosis, calibres, colaterales de los vasos) y de la propia estructuración anatómica del parénquima cerebral tanto macroscópicamente (tamaño, forma de las circunvoluciones) como microscópicamente. P. MARIE, FOIX, MOUTIER y otros muchos han descrito grandes variaciones individuales.

Las lesiones cerebrales varían dependiendo de muchas causas. La agresión es circunscrita o difusa y sus repercusiones van desde la muerte neuronal, irreparable, al simple dañado capaz de repararse.

Cuando son de origen vascular se ve claramente la pluralidad factorial en juego y hay que valorar, entre otros, los siguientes:

- a) Lugar de la obstrucción vascular.
- b) Importancia de la misma (total, parcial).
- c) Estado previo de las paredes vasculares.
- d) Características anatómicas personales.
- e) Extensión y localización de la zona isquémica. Fenómenos comprensivos.
- f) Velocidad de instauración.

- g) Alteraciones ligadas a la inervación vascular,
- h) Edema cerebral concomitante.
- i) Duración de la insuficiencia vascular.
- j) Funciones cardiorrespiratoria, metabólicas, etc.

14.- TRATAMIENTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS RECIBIDOS.

El anterior apartado nos da idea de la enorme trascendencia de que el afásico sea sometido a los tratamientos médicos, quirúrgicos, dietéticos más adecuados al proceso causal. Tendrá todas las exploraciones y revisiones necesarias ya que de lo contrario no solo se dificulta o compromete la rehabilitación sino la propia supervivencia del paciente. Estos tratamientos a veces bastan para conseguir la total remisión de la afasia.

Interesa señalar que la asistencia estrictamente médico-clínica y la rehabilitativa deben caminar con una conjunción coordinada con el fin de potenciar al máximo sus correspondientes posibilidades y evitar pérdidas de tiempo o dispersión de esfuerzos. Nunca se excluirán lo cual es interesante ya que se evita un desfasamiento entre el alta hospitalaria clínica y el alta rehabilitativa.

15.- ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.

El mantenimiento de un aceptable estado general es condición indispensable para que el afásico siga día a día todas las etapas y requerimientos del tratamiento recuperador, muchas de cuyas actividades lo exigen de forma expresa desde el momento que consisten en intercambios comunicativos con otras personas y los desplazamientos físicos para crear lazos de sociabilidad. Las recaídas, enfermedades intercurrentes o un decaimiento físico acentuado dificultan el que el pronóstico sea positivo.

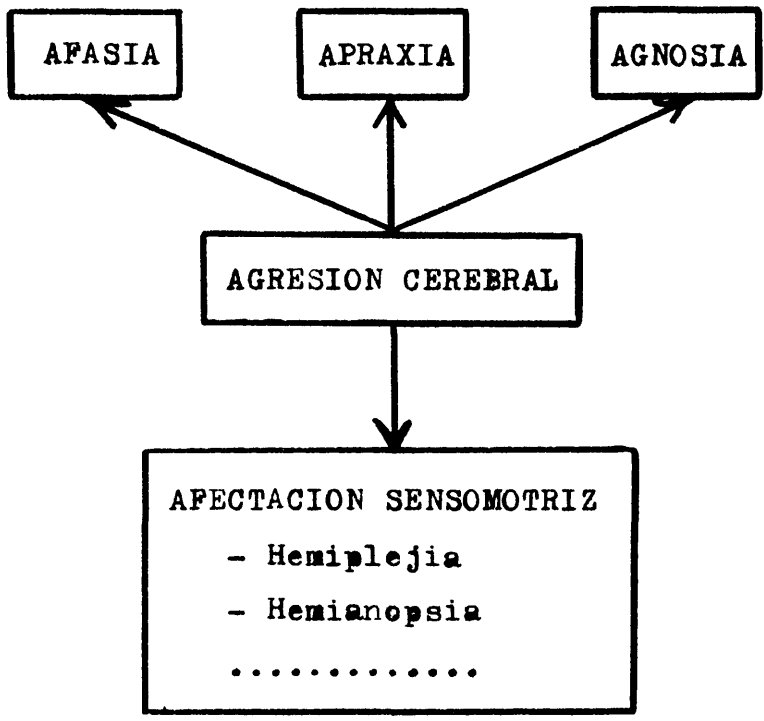
Un buen estado de salud, con lo que ello conlleva de bienestar, influye en las motivaciones y animosidad para perseverar en tareas en las que la costancia y la laboriosidad constituyen piedras angulares del éxito.

La dinámica de la programación reeducadora se compromete al verse bruscamente cortada por un episodio que atente contra la salud del sujeto y desencadene un retroceso de los avances logrados hasta entonces. Pero una deficiencia del estado general no supondrá el automático abandono de la logoterapia. El programa rehabilitativo se adaptará en todo momento a la situación del paciente, que podrá seguir con ciertas actividades compatibles con el encamamiento. Pero el ideal es, como es lógico, que el tratamiento se haga en las mejores condiciones físicas posibles.

16.- PRESENCIA DE OTRAS ALTERACIONES NEUROLOGICAS.

Con independencia de los que podríamos calificar de trastornos afásicos estrictos y genuinos, podremos encontrar otras alteraciones neurológicas concomitantes susceptibles también de una acción rehabilitativa, y con indudables repercusiones sobre la comunicabilidad. Se trata sobre todo de perturbaciones de carácter gnósico, práxico, senso-motriz (hemiplejias), sensoriales (visión, audición), de la memoria, esquema corporal, temporo-espacialidad, etc. Terapeuticamente estas alteraciones constituyen importantes trabas para la elaboración de nuevos aprendizajes y suplencias funcionales.

El afásico es normalmente un sujeto afecto de muchas minusvalías, con lo que los límites rehabilitativos no siempre están marcados por las deficiencias en la comunicación verbal, sino también por estas otras invalideces concomitantes. Generalmente por ambas mutuamente potenciadas.



17.- TIPO DE AFASIA. GRADO DE DETERIORO DEL LENGUAJE.

Al ocuparnos de la clasificación de las afasias vimos que el pronóstico, en términos de gravedad o benignidad, variaba de unas modalidades a otras y que algunos autores (SCHUELL) basaban la sistemática empleada en el grado de afectación de la comunicación. No se insistirá, pues, aquí sobre el tema ya tratado con suficiente extensión. Ahora bien, en términos generales y resumidos cabe establecer unas notas que dan idea de un pronóstico más desfavorable. Serían:

- a) Alteraciones profundas del lenguaje, sobre todo de la comprensión de frases, palabras, conceptos y contextos. Afectación profunda simultánea de la expresión y comprensión verbales.
- b) Deficiente capacidad de autoreconocimiento de las propias manifestaciones comunicativas.
- c) Abundancia de parafasias. Ecolalia. Alexia y agrafias profundas. Jergafasia. Logorrea.
- d) Afectación de otras formas comunicativas (musicales, gestuales, rítmicas), del lenguaje emocional, automatizado y facilitado.
- e) Presencia simultánea de apraxia buco-linguo-facial intensa.
- f) Predominio de la inhibición.

18.- CAPACIDAD DE RESTABLECIMIENTO ESPONTANEO.

Se verifica por lo general durante los seis meses posteriores a la instauración de la lesión responsable (LURIA). A veces no tiene lugar o queda estacionario antes. Otras, por el contrario, dura más tiempo. Ciertos pacientes tienen comportamientos sorprendidos tanto en un sentido como en otro y no conviene olvidar que esta restauración se verifica muchas veces de manera discontinua, de forma análoga a como tienen lugar los mecanismos de aprendizaje, de manera que en pocos días se advierte un gran cambio y, por el contrario, pasan semanas de estabilización.

En casos en los que aparentemente hubo una recuperación espontanea y completa hay sin embargo un déficit, bien del lenguaje o de otras funciones gnoso-práxicas o intelectivas muy ligadas a él (AUSTREGESILO) y que solo se objetivizan con una exploración muy cuidadosa. No hay que dar el alta al afásico hasta no estar seguros de su total recuperación, o de que ha llegado a su dintel máximo.

Un programa terapeutico adecuado facilita la regresión espontánea de la afasia y, en todos los casos, deberá tenerla en cuenta y amoldarse en lo posible a sus etapas evolutivas. La discontinuidad de la regresión aconseja que las exploraciones generales sean frecuentes durante estos meses para lograr la mejor adecuación rehabilitativa.

Algunos autores consideran básica el restablecimiento espontáneo y muy secundario, e incluso nulo, el de naturaleza logoterápica. Pero resulta razonable creer en ambos.

19.- TRATAMIENTO REEDUCADOR A QUE ESTA SOMETIDO EL PACIENTE.

Los resultados de cualquier tratamiento serán tanto mejores cuanto con mayor intensidad actúen el mayor número de horas al día, compatibles con el estado y situación del enfermo. Uno de los problemas más graves que hay que afrontar al respecto es la dificultad para efectuar tratamientos suficientemente complejos como consecuencia de la falta de tiempo y de personal dedicado durante muchas horas diariamente a un mismo sujeto.

También es fundamental la precocidad en su aplicación para aprovechar las posibilidades de recuperación espontánea desde el mismo momento de la instauración de la afasia. De este modo sería posible, desde muy tempranamente, organizar un programa de acción coherente que posteriormente sea continuado durante todo el tiempo que fuese necesario. Y con los cambios orientativos del esquema logoterápico apropiados.

La capacidad adaptativa cerebral a la situación creada por la lesión hace que, en un primer momento, la sintomatología afásica no sea la real, es decir la que se estabilizará al cabo de unos días o semanas. Ello puede acarrear confusionismos por lo que hay que ser cuidadosos con las actividades de los primeros días, valorando más que nada las medidas pasivas frente a las activas. WEPMAN aconseja iniciar muy pronto una psicoterapia al paciente para facilitar su adaptación a la invalidez.

Tan gran número de factores, mutuamente imbricados, potenciados y condicionados, difiulta la predicción de los resultados de la logoterapia, que no siempre ~~responden~~ responden a criterios fijos. Pero la rehabilitación debe realizarse no solo para conseguir una recuperación más o menos completa de las funciones abolidas, lo cual muchas veces no es posible, sino para tratar de dar al sujeto su máxima integración social, realización personal y armonía emocional, al tiempo que se mitiga o evita su aislamiento y marginización. En caso contrario se corre el riesgo de asistir a un paulatino empobrecimiento de su personalidad, de sus capacidades intelectivas y de su emotividad que se mantienen en nosotros merced a una permanente puesta a punto mediante los intercambios comunicativos con el entorno, los demás e incluso nuestra propia personalidad a través del dialogo interior.

La afectación verbal desencadena, dejado el sujeto aislado, no solo ese empobrecimiento sino el desarrollo de esquemas y hábitos comunicativos viciosos que cada vez se estabilizan y arraigan más en su empleo e impiden, de una parte la adquisición de aprendizajes beneficiosos y, de otra el bloqueo de posibilidades más o menos indemnes. El tratamiento, en suma, busca junto a un restablecimiento funcional del lenguaje, el ulterior y secundario deterioro y comprenderá órbitas lingüisticas y extralingüísticas.

- 5 -

LA SINTOMATOLOGIA AFASICA Y SU REEDUCACION

SISTEMATICA.

LOS TRASTORNOS EXPRESIVOS.

La sintomatología expresiva que se presenta en el afásico es muy variada y en ella se han venido fundamentando gran número de las clasificaciones existentes del síndrome. Todos los síntomas se van a caracterizar por ser de carácter evolutivo a medida que el paciente pasa por sucesivos estadios a partir del momento de instaurarse la lesión, al cabo de los años tienden a estabilizarse. Muchos de ellos, por otro lado, presentan nexos muy estrechos y son difíciles de separar.

BARRAQUER BORDAS, siguiendo a ALAJOUANINE, los agrupa en tres apartados:

- A) Trastornos de la articulación.
 - Síndrome de desintegración fonética.
 - Apraxia buco-linguo-facial.
 - Disprosodia de MORRAD-KOHN.
- B) Reducción del lenguaje.
 - Mutismo.
 - Estereotipias.
 - Agramatismo.
 - Anomias.
- C) Deformación del lenguaje.
 - Parafasias.
 - Neologismos.
 - Disintaxias.
 - Jergafasias.

AZCOAGA, siguiendo la línea de pensamiento reflexológico, efectúa una clasificación de los síntomas afásicos según existan predominios de la excitación o de la inhibición neuronal:

- A) Síntomas por predominio de las inhibiciones:
 - Anomía.
 - Defectos comprensivos.

- Agramatismo.
- Trastornos de los procesos de síntesis.
- Aumento de las latencias y de la fatigabilidad.

B) Síntomas por predominio excitatorio:

- Parafasias.
- Neologismos.
- Perseveraciones y ecolalia.

Los conceptos pavlovianos de excitación, inhibición e inducción son particularmente valiosos para mejor comprender muchos de estos síntomas, e incluso para proceder a su reeducación. Los estímulos de cualquier índole originan a nivel del S.N.C., y particularmente en el cortex, una excitación o estado de actividad neuronal que tiende a irradiarse concéntricamente. Periféricamente aparecería una zona de predominio inhibitorio que limitaría a la anterior. Los reflejos condicionados se verificarían merced a la asociación e interrelación de fenómenos de carácter excitatorio o inhibitorio y lo mismo sucedería, de forma básica y elemental, con todo el funcionalismo mental superior. La posibilidad de que actuaran tres diferentes modalidades de inhibición (interna, externa y transliminar) y de que la excitación provocase reactivamente una inhibición mediante la llamada inducción negativa o viceversa por inducción positiva, complejizaría considerablemente el cuadro funcional general de la actividad neurofisiológica encefálica. En las afasias habría perturbaciones más o menos acusadas de todos estos mecanismos.

INERCIA

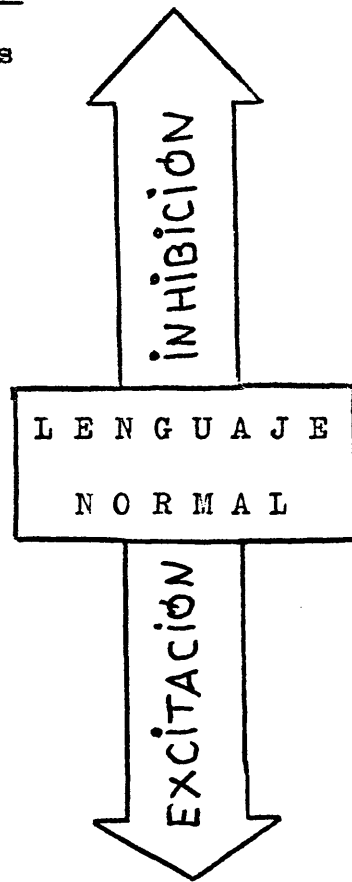
Latencias aumentadas

Anomias

IRRADIACION

Fatigabilidad

Mogifasia



Perseveraciones

Ecolalia

Jergafasia

Logorrea

Dentro de la sintomatología afásica nos encontramos con trastornos ligados a predominios de la inhibición y de la excitación y que se apartan del lenguaje normal. En un caso u otro nos encontramos con fenómenos de inercia e irradiación. En el sujeto normal hay un equilibrio, bien estructurado y adaptado a las necesidades comunicativas de cada momento, entre la excitación y la inhibición.

Estudio clínico-estadístico sobre un contingente de afásicos.

Con objeto de tener un conocimiento de primera mano sobre cual era la sintomatología afásica más frecuente, enfocada desde el punto de vista eminentemente rehabilitativo, se procedió a efectuar una revisión de historias clínicas procedentes de los Servicios de Rehabilitación de los Hospitales Central de la Cruz Roja, Militar Central "Gomez Ulla" y Militar Central "Generalísimo Franco", todos ellos de Madrid. Así mismo se recogieron otros datos.

1. Material y método.

Se estudiaron 200 historias clínicas desde el momento actual (Abril de 1.978) al año 1.974. Este número se consideró suficientemente fiable a los efectos estadísticos que se pretendían. Se tomó nota de la edad, sexo y causa responsable de la lesión cerebral. Se hizo especial hincapié en recoger cual era la sintomatología afásica demostrable en la exploración.

Se escogieron únicamente a los afásicos adultos, por ser la rehabilitación de éstos el motivo de la presente tesis y considerar que las afasias infantiles constituyen un problema que requiere consideración y tratamiento específico y aparte.

2. Resultados.

En lo referente a las edades encontramos los siguientes resultados, distribuidos según el sexo:

| | Varones | Hembras |
|----------------------|---------|---------|
| Más de 70 años | 48 | 24 |
| De 60 a 70 años..... | 48 | 24 |
| De 50 a 60 " | 16 | 6 |
| De 40 a 50 " | 13 | 5 |
| Menos de 40 " | 13 | 3 |

En cuanto a las causas se encontraron los siguientes datos:

| | Varones | Hembras |
|---|---------|---------|
| Accidentes Vasculares Cerebrales | 98 | 60 |
| Arterioesclerosis y enfermedades
degenerativas cerebrales..... | 14 | 2 |
| Tumoraciones..... | 10 | 2 |
| Meningitis | 2 | 2 |
| Traumatismos..... | 10 | 4 |

Para la sintomatología se procedió a escoger a aquellos dis-
turbios afásicos que la visión reeducadora parecía señalar como
de consideración más práctica. Fueron los siguientes:

| | |
|---|-------|
| 1) Reducción general de la expresividad verbal..... | 100 % |
| 2) Anomías..... | 100 % |
| 3) Estereotipias..... | 28 % |
| 4) Perseveraciones..... | 70 % |
| 5) Ecolalia..... | 25 % |
| 6) Agramatismo..... | 76 % |
| 7) Jergafasia..... | 32 % |
| 8) Parafasias..... | 80 % |
| 9) Irrepeticiones | 60 % |
| 10) Disprosodias..... | 36 % |
| 11) Apraxia buco-linguo-facial..... | 48 % |
| 12) Trastornos articulatorios..... | 43 % |
| 13) Latencia y fatigabilidad patológicas | 86 % |
| 14) Otros trastornos expresivos..... | 32 % |
| 15) Agrafias | 92 % |
| 16) Alteraciones comprensivas..... | 85 % |

Esta valoración sintomática resulta un tanto subjetiva. Posi-
blemente un cierto número de pacientes sufrieron en algún momen-
to ciertos síntomas que luego desaparecieron y no se recogieron

en la exploración que aparece en la historia clínica. Además sucede que ciertos trastornos afásicos resultan un tanto fronterizos para adjudicarles a uno u otro apartado, sobre todo si no son muy típicos y claros. Hay otros que cuando aparecen presuponen la existencia de otros por ejemplo la reducción general del lenguaje con la anomía.

3. Discusión y comentarios.

El hecho de que la mayoría de los sujetos fuesen mayores de 60 años y que la etiología fuese vascular condiciona una serie de resultados no solo sintomatológicos, sino reeducativos y sociales. A la invalidez afásica se sobreañade en la mayoría de los casos la invalidez ligada a la propia ancianidad (dificultades económicas, emocionales, adaptativas y del propio deterioro biológico).

Asistencialmente no fue posible instaurar en casi ningún sujeto un programa terapéutico completo y suficientemente continuado en el tiempo. En todos ellos se constataron muy clara y gravemente las repercusiones familiares que la invalidez lleva consigo y las dificultades que hay para anularlas o paliarlas.

Se pudo observar que si bien los pacientes de nivel cultural, e incluso económico, altos tenían mejores posibilidades de echar mano de distintos recursos para luchar contra la invalidez, los de características opuestas las tenían para adaptarse a ellas. Esto se resumiría diciendo que el que más tiene más pierde y más intentos hace por recuperar lo perdido, aunque le suponga mayor conflictividad emocional, mientras que el que menos tiene menos pierde y trata de adaptarse mediante medios sencillos y elementales a su invalidez.

1.- LA REDUCCION GENERAL DE LA EXPRESIVIDAD VERBAL.

Se encuentra muy profundamente disminuido, como sucedería en aquellos casos calificables según la terminología de PIERRE MARIE y su escuela de anartria, muy alterado en las jergafasias de la afasia de WERNICKE o bien reducido en mayor o menor grado cuantitativa o cualitativamente en cualquier variedad afásica. En todos los casos podría hablarse con propiedad de una verdadera "reducción general verbal" con independencia de las inherentes a cualquier otro síntoma.

MURAVNIK y DERMAN han llamado la atención sobre la desconexión ambiental que padece cualquier sujeto que sufra una agresión a su S.N.C., especialmente después de un accidente vascular cerebral, como consecuencia de un mecanismo generalizado de inhibición. No se trataría de un trastorno específicamente afásico, aun cuando estos pacientes también lo sufrieran. En etapas sucesivas se iría reestructurando el llamado por ENGELS instinto de investigación y que aquí se iniciaría cuando el paciente mueve al menos los ojos al oír su nombre. A estos niveles es obvia la íntima asociación entre disturbios expresivos y comprensivos.

Apoyandonos en las teorías más unitarias de la afasia podemos establecer que, en general, la reducción general de la expresividad verbal estará afectada, de menos a más, según la siguiente gradación:

- a) El lenguaje emocional (principio de BAILLAGER).
- b) Las manifestaciones muy automatizadas, por muy repetidas durante toda la vida como unidades expresivas globales.
- c) El lenguaje reactivo o ayudado, del tipo de contestación cor

ta a preguntas muy concretas y evidentes, o terminación de frases o palabras obvias empezadas por el interlocutor.

- d) Las expresiones o denominaciones relativas a una situación concreta, a un objeto inmediato, enmarcados por una extensa gama de aferencias polisensoriales, reforzadoras de su verbalización. Las que establecen un canal asociativo muy directo y conservado con las cinco necesidades mayores de MASLOV (bienestar fisiológico, seguridad, afiliación, estimación y autoactualización según un orden jerárquico) aun cuando dicho cauce con frecuencia esté bloqueado, por lo menos verbalmente.
- e) El lenguaje narrativo, rememorativo.
- f) El lenguaje especulativo. La "actitud categorial" de GOLDS-TEIN o captación de los últimos matices o dobles sentidos del mensaje verbal.

Pero en cualquier caso afásico, y por definición, encontraremos una disminución cuantitativa o cualitativa de las disponibilidades verbales o, en un sentido genérico, comunicativas de diferente índole. Sucede sin embargo, que el disturbio queda parcialmente enmascarado o desvirtuado en sus manifestaciones más superficiales. Tal es el caso de pacientes que disimulan trastornos bastante intensos mediante un mero verbalismo. En un examen superficial se defienden aparentemente bien al hablar poco y sobre temas superficiales y cotidianos, aprovechando el lenguaje reactivo y los contextos y situaciones inmediatas. Pero cuando la exploración se hace metódicamente en profundidad surgirán indefectiblemente fallos y lagunas que justifican sobradamente la etiqueta de trastorno afásico.

A continuación se recoge una lista de temas generales varios para la reeducación de la fluidez verbal y formación frástica.

| | |
|--|----------------------------|
| COMIDAS (con carne, pescado,...) | BEBIDAS (tipos varios) |
| PLANTAS (comestibles, de jardín...) | ARBOLES |
| ANIMALES (domésticos, salvajes...) | PAJAROS (cantores...) |
| VEHICULOS | PAISES (regiones...) |
| IDIOMAS | ROPA (personal, de cama..) |
| FLORES (de regalo, del campo...) | CIUDADES (pueblos) |
| CALLES, PLAZAS, BARRIOS | PARIENTES |
| PROFESIONES Y OFICIOS | ARMAS |
| NOMBRES (masculinos, femeninos) | MUEBLES |
| FRUTAS | DEPORTES |
| ENFERMEDADES | METALES |
| JUEGOS | MONEDAS |
| COLORES | ESPECTACULOS |
| FIGURAS GEOMETRICAS | TIENDAS |
| COSAS DE LIMPIEZA | OBJETOS PERSONALES |
| INSECTOS | HERRAMIENTAS |
| ACCIDENTES GEOGRAFICOS | PERIODICOS, REVISTAS |
| AFICIONES | NOMBRES (de amigos, etc) |
| LETRAS | ACTOS COTIDIANOS |
| NUMEROS (seguidos, de 2 en 2, 3 en 3, 5 en 5,) | |
| PALABRAS QUE COMIENCEN POR UNA LETRA O SILABA DETERMINADA | |
| OBJETOS DE CIERTOS LUGARES (habitaciones, tiendas, ...) | |
| OBJETOS HECHOS DE CIERTO MATERIAL | |
| PARTES CORPORALES (humanas, de animales, plantas) | |
| ENUMERACIONES CULTURALES DIVERSAS (históricas, literarias,...) | |

Wencesla Peres Jornal

Hospital Central Cruz Roja

Alexia Rina Victoria

Marie Rosa Dolores Antide Juan

Paulino Belosier Bisco

Escritura espontanea de una paciente. Al invitarla a que escribiera sobre algún tema, contando por ejemplo como se llamaba, donde estaba o cual era el nombre de las personas con las que mantenía mayor relación, realizó el texto aquí recogido en el que aparecen las respuestas a lo que se la sugería pero no una verdadera redacción estructurada en forma de frases sucesivas. Corresponde, por tanto, a un caso extremo de agramatismo de manera que su sentido únicamente se comprende si previamente sabemos lo que se la preguntaba o el contexto situacional o emocional que la impulsaban a escribir.

m) *Maria Manuel Madrid*
Madre Manuel Madre martes
pedro madre

Empobrecimiento de la fluidez verbal en una paciente con una afasia residual de más de dos años de evolución. Se trataba de que dijese primero, y escribiese a continuación el mayor número posible de palabras que comenzasen por la letra "M", estos son los resultados al cabo de unos diez minutos de intentarlo. Se aprecian repeticiones, como "madre" y "Manuel", perseveración de grafismo en la "m" de "martes" y un error al incluir en la serie la palabra "Pedro" aunque la "P" figura más bien como "N". La reducción de la fluidez es no solo cuantitativa, sino también cualitativa en el sentido de que la temática se circunscribe mucho a los nombres propios omitiendo otras direcciones significativas. También habría que señalar una cierta tendencia a la mogifasia en el sentido de que las cuatro primeras palabras surgieron bastante pronto y el resto, incluidas las repeticiones, a partir del tercer o cuarto minuto hasta que finalmente el propio paciente se declaró incapaz de buscar otras.

2.- ANOMIAS.

La anomía es la incapacidad de encontrar el nombre del objeto que se tiene ante sí o del concepto que se desea expresar, aunque si se escucha se reconoce e incluso repite con prontitud. En su forma más típica y autónoma corresponde a la afasia amnésica de PITRES o al olvido de vocabulario de ALAJOUANINE, pese a no tratarse de un trastorno amnésico. Las palabras perdidas surgen unas veces u otras según las motivaciones, refuerzos sensoriales o automatización que las arrojen pero otras veces parecen hacerlo al azar. Algunas ayudas sobreañadidas, como decir la primera sílaba, adoptar la posición inicial de la boca para comenzar a articularla o incluso la enumeración de otras palabras relacionadas con las peculiaridades o características del nombre perdido, hacen desaparecer ciertas anomías con las que LHERMITTE hace un apartado especial para separarlas de aquellas en las que el problema es más complejo por existir además trastornos semánticos en la órbita comprensiva. A este último apartado corresponden las llamadas "anomías de ida y vuelta" de GESCHWID, en las que el paciente no reconoce la palabra cuando se la decimos.

En ocasiones el afásico llega a acercarse mucho a la palabra deseada y trata de ayudarse con la gesticulación, recurre al dibujo, a la indicación, a tratar de sustituirla por otras mediante perífrasis, dando un rodeo descriptivo, a utilizar muletillas o frases hechas indiscriminadas e, incluso, a realizar con la mano tantas señales como sílabas tenga el vocablo que no llega a decir (prueba de LICHTHEIM-DEJERINE). Estos trucos sustitutos en ocasiones son muy eficaces, pero en otras originan una tendencia a la dispersión expositiva y al mero verbalismo vacío.

Las anomías se encuentran a veces relacionadas con ciertas agnosias (a los colores, fisionomías, y en general con las visuales, auditivas, olfativas, gustativas, propioceptivo-táctiles, etc.) aun cuando aquí el disturbio tendría ya una dimensión extraafásica mayor o menor.

Las anomías, pues, pueden ser circunscritas, cuando recaen sobre determinados tipos de palabras o entidades, o bien generales cuando afectan por igual a todo el ámbito del lenguaje. Algunas se circunscriben a los nombres propios, o a otras partes de la oración, con lo que de cierta manera entroncarían con el agramatismo y paragramatismo. KUSSMAUL y RIBOT describen casos en los que se pierde antes "lo particular" (que se asimilaría a los nombres) que "lo general" (verbos y adjetivos).

Las relaciones de este trastorno con los fenómenos de inhibición patológica se manifestarían cuando la palabra aparece tras una pausa por una latencia anormalmente larga.

Conseguir una exteriorización libre y fluida de los distintos nombres de la vida cotidiana es sin duda un objetivo primordial de la reeducación. KREINDLER y FRADIS sistematizan algunos recursos para lograrlo, serían:

I) Facilitación directa.

- a) Elevación del tono afectivo.
- b) Creación de una situación concreta.
- c) Introducción de un estereotipo verbal (coincidente con el contenido de una frase usual, muy automatizada, del canto, etc.).
- d) Asociación de pensamiento.
- e) Introducción de la misma esfera de nociones.
- f) Variaciones en la intensidad del estímulo desencadenador de la respuesta apetecida.

- g) Variaciones en la frecuencia de la intensidad del estímulo desencadenador aplicado.

II) Facilitación indirecta.

- a) Simultánea, o aplicación al mismo tiempo de un estímulo reforzador como la copia, la demostración de los movimientos articulatorios correspondientes, presentación del objeto o de otros semejantes, del letrero correspondiente, etc.
- b) Sucesiva, o aplicación de las diversas técnicas del desbloqueo.

Una de las mayores dificultades con las que debe enfrentarse cada uno de los citados métodos es el de la anulación de la inhibición que con tanta frecuencia acompaña a los trastornos afásicos. En el caso de la imposibilidad de encontrar la denominación deseada se ha intentado aplicar algunos sistemas desbloqueadores que seguidamente se detallan.

OMBREDANNE emplea una técnica que se conoce como la de "la denominación alternada para la facilitación progresiva" y que está constituida por los siguientes modos de acción:

- 1º) Esperar el tiempo necesario para que diga la palabra correcta a partir de la consiguiente situación (objeto, su representación, situación o contexto apropiado). Es decir se trata de esperar a que deje de actuar la latencia patológica. Se admiten distintos tanteos o intentos verbales que se refuerzan o rechazan asintiendo o negando el terapeuta.
- 2º) Una vez que consigue decirla, espontáneamente o con toda la ayuda que se le logre prestar, se le propone una segunda palabra. Una vez que la dice se le pasa de nuevo a la primera.
- 3º) Se le propone una tercera palabra y se le piden la primera y la segunda.

4º) Una vez estabilizadas estas respuestas se le van proporcionando sucesivas palabras de una en una.

Con esta prueba se persigue que la consolidación de un aprendizaje facilite a continuación otros, potenciándose mutuamente en virtud de interconexiones mutuas. Sin embargo, no sucede siempre así, ya que se presentan fatigabilidad y latencias alargadas como consecuencia de predominios inhibitorios. En estos casos procede el descanso del paciente, o el cambio de actividad, así como la búsqueda de nuevas maniobras facilitadoras para la instauración de los condicionamientos más favorables.

WEGL y KREINDLER preconizan otra metódica denominada de "desbloqueo inhibitorio". Consiste en presentar un objeto para que sea nombrado, bien espontáneamente al cabo de una cierta latencia o con ayudas diversas de facilitación general. Se hace repetir la palabra correcta varias veces seguidas, luego se cambia de objeto, actividad o ejercicio para seguidamente volver a pedir el nombre inicial.

KREINDLER y FRADIS han preparado otra prueba que es también aplicable reeducativamente y que se llama "de las cuatro conexiones", ya que la toma de contacto del paciente con el objeto tiene lugar según una graduación de dificultades y ayudas de progresiva dificultad. La prueba tal como la describen sus autores consiste en emplear cinco pares de objetos (por ejemplo llave, cerilla, lápiz, tapón, frasco) del siguiente modo:

- 1º) Conexión no verbal-no verbal, se toma un objeto y el paciente debe escoger el compañero.
- 2º) Conexión verbal-no verbal, se dice el nombre y el paciente lo coge.
- 3º) Conexión no verbal-verbal, se toma el objeto y el paciente dice su nombre.
- 4º) Conexiones verbales-verbales, se dice el nombre de un objeto

to y el paciente lo coge y lo denomina.

Esta prueba reeducativamente se emplea incluyendo en ella todos los objetos que se crea conveniente insistiéndose en las conexiones más alteradas. Habitualmente la no verbal-verbal, o sea la 3ª, es la más afectada. La 4ª, conexión verbal-verbal, estaría deteriorada con carácter de exclusividad en las llamadas afasias de conducción, por lo que la reeducación aquí se llevaría a cabo con ayudas suplementarias facilitadoras y mediante otras conexiones. La afectación de las dos primeras denota una importante disminución de la comprensión, por lo que sería característica de las afasias sensoriales y, en general, de las minusvalías intelectivas acompañantes.

FRADIS es autor de otra prueba de interés reeducativo. Emplea cinco objetos vulgares (por ejemplo llave, cerilla, reloj, moneda y hoja de papel). El paciente debe efectuar una conexión no verbal-verbal según la siguiente metodología:

- 1ª) Denominar cada uno de los cinco objetos, que se le enseñan.
- 2ª) Repetir la denominación con los ojos cerrados. Primero mediante identificación auditiva y luego táctil.

Esta prueba, denominada "de los analizadores" ya que el reconocimiento se lleva a cabo a través de cada uno de los canales informativos sensoriales por separado, es aplicable a cualquier ejemplo y se fundamenta en el aprovechamiento de los estímulos ambientales para provocar reactivamente la respuesta verbal. Se considera que las mayores dificultades identificativas y denominadoras aparecen cuando se pretende utilizar la vía auditiva y la táctil o palpatoria, pero hay excepciones de manera que a veces esta modalidad de información resulta decisiva para el hallazgo de la palabra correcta. En cualquier caso forma parte de la investigación rutinaria de las posibilidades del afásico y su empleo deberá ser tenido en cuenta ampliamente.

te en el curso de las sesiones reeducadoras. Hay que señalar también que en ella intervienen importantes componentes gnósticos (visuales, auditivos) y prácticos (palpación, manipulación) que tantas relaciones e imbricaciones mútuas presentan con la orbita verbal. Esta prueba o metodología terapéutica, según se emplee con unas u otras miras, permite ser integrada en la tercera conexión, la no verbal-verbal, de la ya citada prueba de KREINDLER y FRADIS, como elementos reforzadores.

Aunque cada paciente suele encontrar mayores dificultades en una de las asociaciones citadas, sin embargo ante un determinado objeto y situación puede cambiar y encontrar la palabra buscada a partir de una asociación a priori menos favorable.

La reiteración programada de ejercicios en los que se exige la denominación activa de los objetos y conceptos facilita la fluidez verbal en el correcto empleo de las palabras, sin que se caiga en las perseveraciones o intoxicaciones, de las que nos ocuparemos en el correspondiente apartado.

En las anomías propias de la llamada afasia amnésica, en la que se echa de menos un determinado vocablo como si se tratase de un verdadero "hueco" en el conjunto de la idea y frase que se quiere decir, se recomiendan algunos procedimientos capaces de paliar o anular este trastorno. Se citan los siguientes:

- Enseñarle a que el propio paciente utilice trucos para que surjan las palabras requeridas. Uno de ellos es el de inventar una frase que haga referencia directa al nombre. Así, en la anomía para "cuchara" se formarían frases tales como: "La sopa se toma con" o bien "En la mesa están el cuchillo, el tenedor y". Naturalmente se trataría de casos en los que la capacidad lingüística del afásico está lo suficientemente conservada como para hacer factibles estas manio-

bras. El problema radica muchas veces en hacer ver al sujeto los beneficios que obtiene con estos recursos, los que captan bien lo que les explicamos buscan diversos caminos, en ocasiones muy personales, pero siempre interesantes. Se ha recomendado también la representación mental del objeto requerido bien aisladamente o en diferentes situaciones operativas.

- Estimular de forma general la esfera verbal con el fin de que en los momentos precisos hagan uso de una perífrasis coherente e inteligible para los demás.
- Estimular la memorización verbal. De grupos de palabras de objetos emparentados por distintos nexos o de acuerdo a variados criterios y temáticas. Aprender retahilas de nombres buscando su recitado ritmificado o con cantinelas. Algunos afásicos ante una anomía recurren a recitar toda una serie en la que se encuentra el nombre perdido. En estadios más avanzados llega incluso a prescindir de empezar el recitado desde el principio.
- Favorecer el hallar grupos de palabras derivados de otras, de las que tienen la misma raíz.

Estudio sobre un índice lingüístico de abstracción-concreción.

La palabra oral encierra una complejidad operativa que sobre pasa con mucho los estrechos límites de una relación lineal con determinado objeto, al que pueda representar y al que captamos a través de la información recibida e integrada en cada uno de los analizadores cerebrales por separado. A parte de los niveles categoriales del lenguaje, en la concepción de GOLDSTEIN, o de la superposición de planos de creciente complejidad usual del lenguaje, siguiendo las ideas de JACKSON, debemos considerar la palabra como elemento de distinto grado de abstracción o concreción de la realidad inmediata o del pensamiento humano. La reeducación verbal del afásico, junto a la consideración de la palabra como resultado de una conexión entre analizadores cerebrales, debe tener en cuenta la naturaleza de esa palabra como entidad que conlleva un grado de abstracción variable.

La facultad de abstracción es la que se considera princeps en la configuración intelectual, especialmente por lo que tiene de responsable de la existencia de un lenguaje verbal humanizado. Por ello en la afasia se verá preponderantemente deteriorado. La abstracción permite edificar, a partir del bombardeo polisensorial del entorno, una nueva captación de la realidad mediante premisas generales que, al revertir sobre ella, vuelven a crearla bajo dimensiones humanas, o sea verbalizadas. Por otra parte cada conquista en el proceso de la abstracción facilita el que, en conjunción con otras de la misma estirpe, se elabore un segundo grado de abstracción, con lo que en última instancia las operaciones mas superiores nos llevarían a los planteamientos de especulación filosófica que pretenden el entendimiento del cosmos y del microcosmos individual, tal y

y como pretendían pensadores como PARACELSO.

En un intento de investigar la facilidad de los sujetos en condiciones de normalidad para hacer uso de la facultad de abstracción, dentro de los límites del uso habitual del lenguaje, y estableciendo una dualidad polarizadora entre esta capacidad y la de concreción, se confeccionó una prueba exploratoria de la que a continuación se hace referencia resumida. También se pretendió efectuar una aproximación a la eficacia de los analizadores cerebrales en cuanto a su capacidad para desencadenar la respuesta verbal. Este estudio, por otra parte, no pretende más que dar un conocimiento aproximativo simplemente, dada la gran complejidad del problema y la dificultad práctica de llevar a cabo genuinas diferenciaciones entre estos mecanismos tan interrelacionados.

1. Material y métodos.

El lenguaje, segundo sistema de señales según la concepción pavloviana, encierra diferentes grados de abstracción no solo en relación con las significaciones, sino en cuanto a su modalidad de vehículo informador. Mediante el empleo de cuatro pruebas, aplicadas a un grupo de 120 sujetos sanos en el tercer decenio de la vida y pertenecientes al sexo masculino, se trató de establecer una relación comparativa entre lo que el individuo recoge a través de una información concreta y lo que capta a través de una elaboración más abstracta, considerando ambos mecanismos referidos a un mismo tipo de realidad como son los objetos de la vida diaria, y mediante las posibilidades brindadas por el lenguaje.

Las cuatro pruebas fueron:

A) A cada uno de los 120 individuos objeto del estudio se les di

jo por separado y con claridad y lentitud doce palabras, invitandoles seguidamente a que las repitiesen. El explorador las recogía por escrito. Se emplearon estas palabras:

- 1 .- Mesa
- 2 .- Farol
- 3.- Tejado
- 4 .- Sal
- 5 .- Paraguas
- 6 .- Nariz
- 7 .- Huevo
- 8 .- Naranja
- 9 .- Seta
- 10.- Espejo
- 11.- Goma
- 12.- Gasolina.

B) La segunda prueba consistió en mostrar a los explorados doce letreros en cada uno de los cuales figuraban, en grandes caracteres (unos 8 x 4 cms. cada letra) las siguientes palabras:

- 1 .- Piedra
- 2 .- Coche
- 3 .- Estufa
- 4 .- Cal
- 5 .- Cepillo
- 6 .- Tela
- 7 .- Caja
- 8 .- Espejo
- 9 .- Calle
- 10.- Alfiler
- 11.- Lápiz
- 12.- Tapadera

Mediante estas dos pruebas se suministraba al sujeto una información a través de un medio (la palabra verbal o escrita) caracterizado, según SAUSSURE, por su arbitrariedad. Cada nombre así suministrado era la abstracción de una realidad inmediata y concreta como los objetos citados. Es decir, que el explorado captaba una realidad muy concreta, elementos de la vida cotidiana, a través de una vía de abordaje que conllevaba una abstracción, la palabra verbal y la escrita.

C) La tercera prueba consistió en presentar a los sujetos 12 láminas en que se representaban otros tantos objetos de uso corriente dibujados de la forma más clara y precisa posible.

Eran:

- 1 .- Llave
- 2 .- Copa
- 3 .- Martillo
- 4 .- Flor
- 5 .- Guitarra
- 6 .- Silla
- 7 .- Mano
- 8 .- Cuchillo
- 9 .- Gafas
- 10.- Caballo
- 11.- Hoja
- 12.- Escalera

D) En la cuarta prueba se aleccionaba al explorado para que al escuchar cada una de las palabras que lentamente se le iban a decir, él realizara una acción o movimiento que recordara al objeto nombrado o a alguna de sus utilizaciones o al lugar donde se solía aplicar. Las palabras fueron:

- 1 .- Reloj

- 2.- Collar
- 3.- Cuchara
- 4.- Pan
- 5.- Anillo
- 6.- Peine
- 7.- Bota
- 8.- Pendiente
- 9.- Pluma
- 10.- Bufanda
- 11.- Lupa
- 12.- Telefono

En estas dos pruebas, en las que había que responder igualmente con una respuesta verbal, la información suministrada se consideró que iba más desprovista de todo lo que no fuera tangible, inmediato y concreto. En la tercera, la de mostrar 12 láminas, se comprende la concreción mayor de la información ya que no se daba la palabra (el segundo sistema de señales) sino la representación directa del objeto (o sea el primer sistema de señales). En la cuarta aunque se empleaba como estímulo la palabra verbal, que como vimos se le adjudicaba una mayor abstracción, sin embargo al tener que hacer el sujeto un acto representativo del objeto se volvía al plano de lo concreto aunque reforzado por la operación práctica de asociar a lo meramente especulativo, la palabra como tal, algo activo e inmediato como la acción representativa.

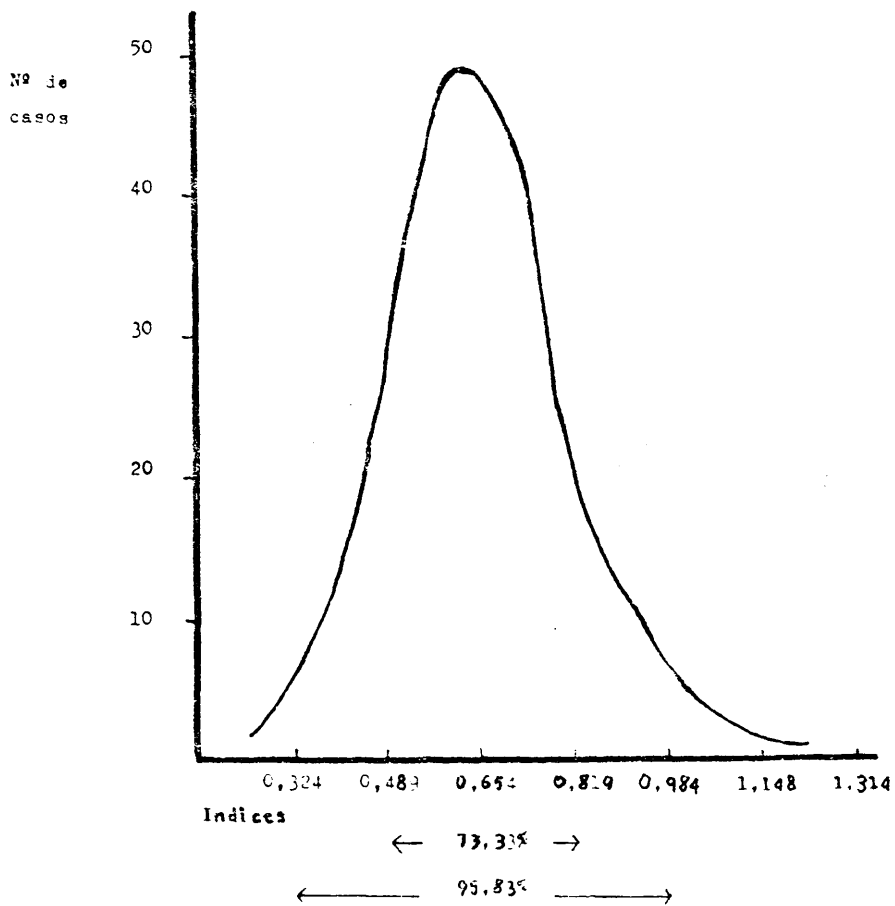
El orden de aplicación de las cuatro pruebas fue siempre el mismo: primera, tercera, segunda y cuarta y dentro de cada una de ellas se respetó la numeración transcrita. Se buscó la mayor homogeneización al utilizar en las cuatro pruebas objetos cuyo nombre poseyese igual número de sílabas en el conjunto de

cada serie.

Las pruebas verbal estricta y la escrita, primera y segunda, son las que entrañan una más significativa abstracción en tanto que se opera solo sobre los símbolos comunicativos fonético y gráfico cuyo uso, aunque cotidiano, se ha elaborado sobre una abstracción adquirida y cuya evocación aunque pueda ayudarse a través de experiencias previas sensoriales, precisa asimismo de la abstracción. Por el contrario, cuando se suministra una imagen perceptivo-visual figurativa o propioceptivo-somatognósica, como ocurre respectivamente en las serie tercera y cuarta, es evidente que descendemos varios grados en la escala abstracción-concreción, tanto en la información como en la evocación. Por esta razón se ha sumado, de una parte, los resultados que cada individuo obtenía en las dos primeras pruebas, y de otra, los alcanzados en las dos últimas. Dividiendo el primer sumando por el segundo se obtiene una cifra al que llamamos coeficiente o "índice lingüístico de abstracción-concreción" significativo y privativo de cada individuo.

2. Resultados obtenidos.

En la figura adjunta se representa la distribución estadística de los diferentes valores del "índice lingüístico de abstracción-concreción en los 120 sujetos explorados. Según estos datos el valor medio del índice es de 0,654 y el valor de la desviación estándar de 0,165. Es decir hay una polarización hacia el polo de la concreción. El 95,83 % de los casos se distribuyeron entre índices de valores comprendidos entre 0,324 y 0,984, es decir, todos ellos por debajo de la unidad, valor al que correspondería un equilibrio entre ambas tendencias estudiadas.



Gráfica de la distribución estadística de los valores del "índice lingüístico de abstracción-concreción" recogidos al explorar la muestra de 120 sujetos según se describe en el texto.

La finalidad de este estudio no era en absoluto mensurar la capacidad de rememoración del explorado, sino comparar su eficiencia ante distintos canales informativos incidentes sobre el hecho del lenguaje. Junto a la obtención del susodicho "índice" se obtuvieron las medias del número de palabras que los sujetos fueron capaces de repetir a continuación de la aplicación de cada prueba. Los datos recogidos fueron:

- a) Media de la prueba verbal 5,37 palabras.
- b) " " de letreros 6,25 "
- c) " " de representación de
imágenes de objetos..... 8,47 "
- d) Media de la prueba verbal con refuerzo
a través de la acción 9,10 "

3. Discusión y comentarios

La consideración de las medias corrobora que, en términos generales, la información a través de la imagen visual es más penetrante que a través del sonido (y de la representación gráfica) de la palabra y también que la acción motora, propioceptivo-somatognósica intencional (es decir la acción práxica) es la mejor apoyatura del aprendizaje y de la comunicación. Se comprende la importancia de tener en cuenta estos hechos en la reeducación verbal de las anomías afásicas. Existen, en todo caso, tal y como dio a entender la exploración de algunos de los sujetos, peculiaridades individuales debidas tanto a aptitudes naturales como a los entrenamientos previos e incluso las capacidades de compensación y suplencia. Estos hechos permitirían instaurar en el afásico caminos reeducativos muy interesantes capaces de influir en los factores condicionantes del pronósti

co recuperativo. A este respecto cabe recordar que RIBOT sistematizó, a partir de material recopilado por diversos autores, lo que se llamaron memorias parciales o locales, distinguiendo se las siguientes modalidades de personas:

- Visuales
- Auditivas
- Motor-gráficas
- Indiferentes.

SAINT-PAUL hizo otra en la que las agrupaba en:

- Verbo-visuales
- Auditivas puras
- Verbo-auditivas.

Como se ve se trata de modos individuales de las funciones mentales superiores de enfrentarse a la memorización, pero que indudablemente repercuten en el modo de hacer uso de la capacidad de verbalización. VAN BIERVLIT al considerar las anteriores clasificaciones reparó en que no eran exactamente aplicables al lenguaje y que incluso, para la propia memorización, un individuo podía comportarse como perteneciente a uno u otro grupo según los momentos y situaciones. Sin embargo el aquí descrito "índice lingüístico" quizás permitiera una aproximación del problema desde la vertiente verbal del mismo, de tal manera que para el lenguaje más que hablar de individuos incluíbles en uno u otros grupos de las clasificaciones de RIBOT o SAINT-PAUL cabría hacerlo de individuos polarizados hacia la abstracción o la concreción. Los que obtienen mejores resultados en las dos primeras pruebas tendrían una mayor facilidad de empleo de lo que OMBREDANNE denominó lenguaje superior, con predominio de lo que denominamos abstracción, mientras que los que dominan mejor las dos últimas lo tendrían para el lenguaje inferior, es decir pre

dominio de la concreción. Asimismo, y según las ideas de JAKOBSON, las dos primeras pruebas se referirían sobre todo a los aspectos metonímicos del lenguaje y las dos últimas a los metafóricos.

Según los resultados obtenidos en las pruebas habría que pensar que la capacidad de abstracción o de concreción serían dos formas de abordar la realidad desde diferentes ángulos, lo que habría que ponerlo en relación con determinadas aptitudes humanas para la realización de ciertas tareas, aprendizajes e incluso profesiones. Cabe también preguntarse hasta qué punto la culturización, inherente al hombre y entendiéndola desde un enfoque antropológico, es responsable del desarrollo de la capacidad de abstracción, o si bien ésta aparece más ligada a mecanismos neuropsicológicos básicos y primarios. Aun cuando ambos factores puedan invocarse, las comunicaciones existentes sobre los denominados niños selváticos (ITARD, MALSON), desprovistos de cultura "humanizada", parecen resaltar el valor de lo cultural en tanto en cuanto es origen de peculiares condicionamientos y estereotipos dinámicos, ya que hace posible encuadrar a cada objeto en un contexto de empleo que facilita su denominación por la palabra. SANCHEZ FERLOSIO introduce el término de "tensión metonímica" como la capacidad de darse a conocer algo a través de uno de sus elementos constituyentes analizados desde la perspectiva de sus propiedades, empleos, características, etc, y ella sería, por tanto, un camino hacia la abstracción. Las experiencias llevadas a cabo con monos intentando crearles un lenguaje (ALLEN, GARDNER) muestran que, al menos hasta ahora, la comunicación que se ha logrado con ellos es a través de gestos, acción manual, etc. lo cual indica que es a través del polo de la concreción, es decir mediante un lenguaje inferior

desarrollando las nociones citadas de OMBREDANNE.

En las cuatro pruebas que más arriba se recogían cada sujeto hacía uso de la palabra para emitir sus respuestas, pero la información, que debía elaborar mediante su lenguaje interior, se le suministraba en cada una de las cuatro de forma diferente, siendo en las dos últimas a partir de vías más inmediatas y concretas. Así pues, el lenguaje constituiría el nexo de unión entre el polo de la abstracción y el de la concreción. Con independencia de las peculiaridades individuales de cada sujeto se rá en última instancia la índole de la situación con la que hay que enfrentarse la que marque el modo de abordarla, bien mediante un predominio de la abstracción o de la concreción. El índice nos proporciona, de otra parte, la eficacia operativa de uno y otro polo comparativamente entre sí ante una misma categoría de elementos como son los objetos ordinarios de la vida cotidiana.

Vemos que estas pruebas versan sobre los nombres de cosas tangibles. TSVETKOVA sugiere que este tipo de conceptos y palabras presentan una dinámica funcional, a nivel ideativo y lingüístico, específica. En apoyo de esta idea presenta casos de afásicos en los que las anomalías eran particularmente intensas para las siguientes palabras de mayor a menor dificultad: 1º) Nombres de objetos. 2º) Verbos de acción. 3º) Adjetivos. Lo interpreta suponiendo que en estos pacientes habría una particular dificultad para las representaciones visuales de los objetos, mientras que para el resto de los conceptos "no representables" directamente no existiría alteración alguna ya que el sujeto los maneja a través de otra dimensión no "imaginativa". La reeducación de estos disturbios se enfocaría, pues, a través del reconocimiento de representaciones estilizadas o defor

mas de los objetos, y también de las enmascaradas o incompletas. Otros ejercicios de provecho consisten en descubrir diferencias o faltas entre pares de figuras, o simplemente la descripción de sus detalles.

La lista de nombres que seguidamente se recoge se refieren a objetos concretos y conocidos (semejantes a los empleados en las anteriores cuatro pruebas) que permiten ser representados al paciente con finalidad reeducativa, o bien sus representaciones gráficas, maquetas, esquemas, dibujos o siluetas. Con ellos se procede a estimular los reconocimientos polisensoriales y su denominación verbal o escrita, según interese. El afásico trabajará con ellos de diferentes maneras según las pautas que marque el terapeuta. Es posible introducir factores prácticos manipulativos tales como el diseño, rellenamiento de colores, recortado de siluetas y su mismo empleo. También se prestan a ejercicios de estructuración lógico-gramatical mediante comentarios, conversaciones y frases en los que cada palabra de las reseñadas constituye el punto de partida inicial para desarrollar los ejercicios.

| | | |
|------------|------------|-----------|
| ARAÑA | ELIFANTE | IGLESIA |
| TIJERA | NAVAJA | DINERO |
| CHORIZO | GUIARRA | BICICLETA |
| JUGUETE | GUSANO | CIGARRO |
| CEREZA | PAJARO | ZAPATO |
| CHUPETE | GITANA | CHAQUETA |
| MOLINO | ESTRELLA | PIZARRA |
| AGUJA | AVISPA | MARTILLO |
| BOLIGRAFO | PALMERA | BANDERA |
| ZAPATO | BOMBILLA | GASTILLO |
| VENTANA | CAMELLO | CHIMENEA |
| CUCHILLO | CUCHARA | TEFEDOR |
| SERVILLETA | PESETA | TELEVISOR |
| GALLINA | BALLENA | ESCOPETA |
| SORTIJA | PENDIENTES | ALICATES |
| TEMAZAS | PLATANO | MANZANA |
| CABALLO | SERPIENTE | CARACOL |
| PISTOLA | BOTELLA | ESCALERA |
| CARTERA | MARIPOSA | SALERO |
| NEVERA | COCINA | LIBRERIA |
| PANTALON | TORNILLO | CARRETERA |
| MALETA | PIRAMIDE | TRIANGULO |
| CUADRADO | JIRAFÁ | TELEFONO |
| TROMPETA | CEPILLO | ESQUINA |
| BOTIJO | GUERRERO | SOMBRERO |
| SEMAFORO | PERSIANA | CORTINA |
| TORTUGA | CLERROJO | ARMADURA |
| CORBATA | PUPITRE | PICAPORCE |
| CENICERO | ROSARIO | BALANZA |
| PAPELERA | JERSEY | PIANO |
| DOMINÓ | ESTATUA | CAMPANA |
| CINTURON | VELETA | CALABAZA |
| ENCENDEDOR | ESCOBA | ESPADA |

| | | |
|--------|--------|--------|
| UVAS | PERA | RAMA |
| PAN | POLLO | SETA |
| PEZ | LAPIZ | SILLA |
| SCL | LIBRO | SOBRE |
| MESA | LUNA | RATA |
| TAZA | DADO | RELOJ |
| FUDE | VASO | FLOR |
| PATO | VELA | HOJA |
| HUMO | FAROL | BAÑO |
| GATO | BOTON | PERRO |
| HUEVO | TRAJE | LLAVE |
| COPA | NIÑO | NIÑA |
| QUESO | LIMON | BURRO |
| BOTE | JARRA | CAMA |
| CASA | BARCO | CRUZ |
| SELLO | ARBOL | HOMBRE |
| MUJER | CERDO | GLOBO |
| PALA | PICO | FLECHA |
| PLUMA | PLATO | MELON |
| AVION | SILLA | COLLAR |
| CANON | COCHE | DISCO |
| CUADRO | SELLO | CAMIÓN |
| RAYO | PEINE | PUERTA |
| OLLA | GAFAS | MONTE |
| PLAYA | CONCHA | TORO |
| RIDO | TREN | BOMBA |
| RIO | MAR | PUENTE |
| ISLA | REY | SILLON |
| SOFA | JABÓN | LEON |
| ANCLA | CARRO | RUEDA |
| TEJA | TIESTO | JARDIN |
| TAPON | PERCHA | POZO |
| MAPA | CUERDA | SACO |
| TUBO | PIPA | TONEL |
| HACHA | RAMA | PIEDRA |

3.- ESTEREOTIPIAS.

El paciente que tiene una estereotipia, habitualmente como único bagaje verbal, utiliza tan solo una frase corta, una palabra, o incluso un sonido, para con ello cubrir todo el campo de sus necesidades expresivas. Suelen ser expresiones que de por sí se utilizan de forma muy automatizada y habitual. Para ALAJOUANINE corresponderían a la situación y motivaciones del sujeto más inmediatas en el momento de producirse la lesión.

Se dividen en:

- a) Transitorias, cuando aparecen inmediatamente después de la instauración de una afasia profunda pero desaparecen cuando ésta comienza a ceder. También cuando un afásico tiene durante un cierto tiempo una determinada que posteriormente, y por distintos caminos, es sustituida por otra.
- b) Permanentes, que persistan durante mucho tiempo bloqueando cualquier otro intento expresivo.

Las estereotipias pueden tener o no una carga significativa y emplearse con o sin cambios en sus fonemas o en su modo de entonación, de acuerdo con las situaciones del momento.

- c) Glosolálicas, las que no corresponden a ninguna palabra real o ésta está tan deteriorada que resulta irreconocible.
- d) Coprolálicas, cuando están constituidas por palabras o frases malsonantes. En aquellos casos en los que el sujeto tenía con anterioridad la costumbre de emitir este tipo de exclamaciones se comprende su persistencia, pero hay también otros en los que estas palabras eran infrecuentes por lo que causan gran extrañeza a los familiares que no estaban acostumbrados a escucharlas.

Las estereotipias presentarán alguna de las siguientes características cuando las analizamos:

- Que estén muy defectuosamente concienciadas por el que las emite, que sean prácticamente el único resto comunicativo que le quede y que constituyan a manera de barrera bloqueadora para la reinstauración de otras manifestaciones expresivas, tanto espontáneas como inducidas mediante las actividades reeducadoras.
- Que consiga, o intente, darles matices significativos a expensas de la entonación, gesticulación o acompañando a la acción. También, y en un nivel aún más inferior, que su uso sea anárquico y al azar o bien sea reactivo a estímulos o situaciones del entorno.
- Que logre una aceptable concienciación y, a partir de ella, consiga su integración real significativa (es decir que haga un empleo de ella más propositivo que automático) o incluso fonética. También que cuando las diga sea capaz de añadir u omitir alguna de sus partes, en el caso de que se trate de una frase o una secuencia sonora. Otro logro interesante es lograr que se calle justo en el momento que se le indique, fragmentándola así, o que la diga o la omita cuando queramos. Desde el punto de vista reeducativo estas últimas posibilidades son las más favorables pues permiten ulteriores pasos evolutivos más complejos, por ello los esfuerzos iniciales irán encaminados a conseguir estas transformaciones previas.

Las estereotipias suelen aparecer en afasias predominantemente expresivas. Cuando existe en ellas una evolución ésta comprendería el paso de una forma glosolálica a otras significativas, las que a su vez pasarían a dar lugar a perseveraciones y finalmente acabar, en el caso más favorable, en un agramatismo.

Las estereotipias pueden ser únicas o varias, con lo que enlazan con las perseveraciones. En ocasiones, una vez bastante

anuladas o controladas, resurgen en ciertos momentos como consecuencia de un descontrol emocional, una negligencia en su concienciación o simplemente por fatiga.

4.- PERSIVERACIONES.

Es un fenómeno que presenta ciertas analogías con las estereotipias. Se trata de palabras que el afásico continúa repitiendo varias veces. Puede suceder que en cada paso sucesivo se vaya deteriorando su pronunciación y estructuración. En general se trata de expresiones dichas de forma muy automática, mal concienciadas como lo prueba el que si hacemos callar al sujeto y seguidamente le invitamos a repetir lo que acababa de decir, fracasa y no lo logra de nuevo. Otras veces la perseveración continúa pese a nuestros esfuerzos en hacerle callar.

La llamada "intoxicación por la palabra" es una forma de perseveración que aparece frecuentemente en el curso de las sesiones reeducadoras. Después de haberse intentado el aprendizaje de varias palabras una de ellas queda fijada con mayor intensidad y profundidad que el resto, a las que bloquea por surgir en su lugar en cada intento. En estas condiciones resulta difícil prescindir de ella, aun cuando resulte evidente su inoportunidad e improcedencia. El grado de concienciación varía de unos casos a otros, incluso en distintos momentos, hay veces en que es preciso hacerle ver al paciente cada fallo mientras que hay otras en que él mismo se da cuenta y se pone nervioso al ver que pese a todo no logra evitarlas.

La intoxicación por una palabra se ve favorecida, cuando existe, por la presencia de pequeños estímulos secundarios que hacen referencia a ella. Muchos pacientes que en el curso de una sesión terapéutica están trabajando con varios objetos se intoxican con el nombre de uno en tanto no sea apartado totalmente de su presencia o incluso se cambie por completo de actividad. Ello suele acontecer al comienzo de los tratamientos. Otras veces la repetición se lleva a cabo más voluntariamente, como un

intento reiterativo de aprehenderla mejor, pero este tipo de aprendizaje resulta poco útil desde el momento de que se trata de una repetición muy automatizada y poco embebida de las notas delimitadoras y significativas del concepto enunciado.

Las perseveraciones serían el resultado de una inercia patológica de la excitación. Se dividen en varias modalidades:

a) Silábicas, cuando se repite una sílaba, de ordinario la primera, de una palabra que no acaba por ello de emitirse. Esta modalidad entronca, según algunos, con determinadas manifestaciones disfémicas. Hay descritos casos que permitirían quizás establecer una relación entre ambas perturbaciones del lenguaje. ZIEHEN describió el de un sujeto en el que una disfemia preludió a una afasia por tumor cerebral. PICHON y BOREL-MAISONNY el de dos niños en los que la tartamudez fue posterior a una afasia. Se ha querido adjudicar una topografía lesional a la disfemia, aunque con poco éxito, que para GUTZMAN y PICK asentaría en la región estriopalidal, para HERMAN y WODACK en las circunvoluciones frontales, para SCHILER en las parietales y para HEUNSCHEN en ciertas zonas del hemisferio derecho. Según este enfoque, en modo alguno demostrado, las analogías afásico-disfémicas nacerían de esta base anatómica. Pero otros autores, como KOVARSKY, EISENSON o GARDE insisten también en establecer un paralelismo aunque su origen no sea necesariamente anatómico.

Los posibles síntomas comunes o semejantes en ambos procesos, tales como las repeticiones silábicas asociadas a bloqueos, difieren sin duda entre sí, aun cuando actúen en ambos algunos mecanismos de semejante índole como puede ser la inhibición, fenómeno general y amplio dentro del funcionalismo y patología del S.N.C. Algo parecido cabría decir

de la insuficiencia linguo-especulativa del disfémico y del desequilibrio existente en determinados afásicos entre sus limitadas, o alteradas, posibilidades expresivas y la buena conservación del lenguaje interior. Pero el deterioro comunicativo del afásico es mucho más profundo y esencial ya que afecta a los contenidos significativos y a los niveles categoriales del lenguaje. Sin embargo, un estudio de ambos problemas en común que incluyese el del papel desempeñado por ambos hemisferios cerebrales quizás proporcionara datos de verdadero interés sobre ambas entidades.

Las perseveraciones silábicas aparecen no solo en el lenguaje verbal sino en el escrito manual y mecanográfico.

- b) Nominales, cuando la repetición afecta a palabras enteras, como sucede en la "intoxicación por la palabra".
- c) Específicas, cuando hay una predilección por la repetición de una misma palabra lo que las acerca a las estereotipias. A veces hay mayor predilección por determinado tipo de palabra (sustantivo, partícula, etc.).
- d) Inespecíficas, cuando son muy variables de unos momentos a otros.

La perseveración, sobre todo la silábica, actúa a veces como un intento del sujeto para encontrar la palabra o frase necesaria pero que no le surge. También como un modo de rellenar una laguna lingüística para la que no halla la expresión adecuada.

Hay unas perseveraciones gestuales que acompañan a las genuinamente verbales y que se circunscriben por lo general a la mano.

La reeducación de esta clase de trastorno debe abordarse a través de una buena concienciación de lo que manifiesta el paciente, para que trate de dominarse antes de haber emitido la sílaba o palabra perseverante. Asimismo se procederá a un buen

adiestramiento de cada palabra objeto de aprendizaje. Para ello es imprescindible no cambiar rápidamente de una a otra en aquellos afásicos con tendencia a la perseveración. Cada nombre se aprenderá utilizando diversas vías de abordaje sensorial y variados modelos del objeto. Se seguirá rigurosamente la técnica de OMBREDANNE de "denominación alternada para la facilitación progresiva" recogida en el apartado dedicado a las anomías. Al mismo tiempo se procurará que el paciente emplee libremente estas palabras en distintos contextos y situaciones.

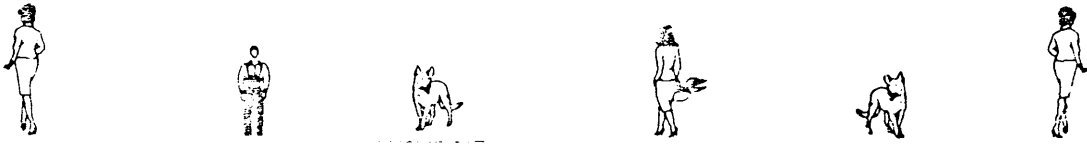
Una vez conseguido un cierto control de un grupo de palabras se puede emplear una metodología consistente en la lectura de imágenes sucesivas y repetidas como en las láminas que se ponen de ejemplo. Se inicia con una primera en la que únicamente aparecen mezcladas las imágenes gráficas de dos objetos pero cambiando el aspecto de los mismos para lograr mayor flexibilidad comprensiva y romper la monotonía inherente a esta actividad. El paciente va "leyendo" en alta voz los nombres de los objetos representados y cada vez que comete una perseveración se le hace notar para que se enmiende. Cuando los errores prácticamente han desaparecido se pasa a una segunda lámina en la que el número de objetos representados es de tres en lugar de dos y con ella se procede del mismo modo. Se emplean hasta 3 ó 4 láminas. Se trata de un ejercicio fatigoso pero que bien dirigido y efectuado con regularidad y constancia fluidifica bastante la expresividad. Se valora el número de errores y la velocidad enunciativa.

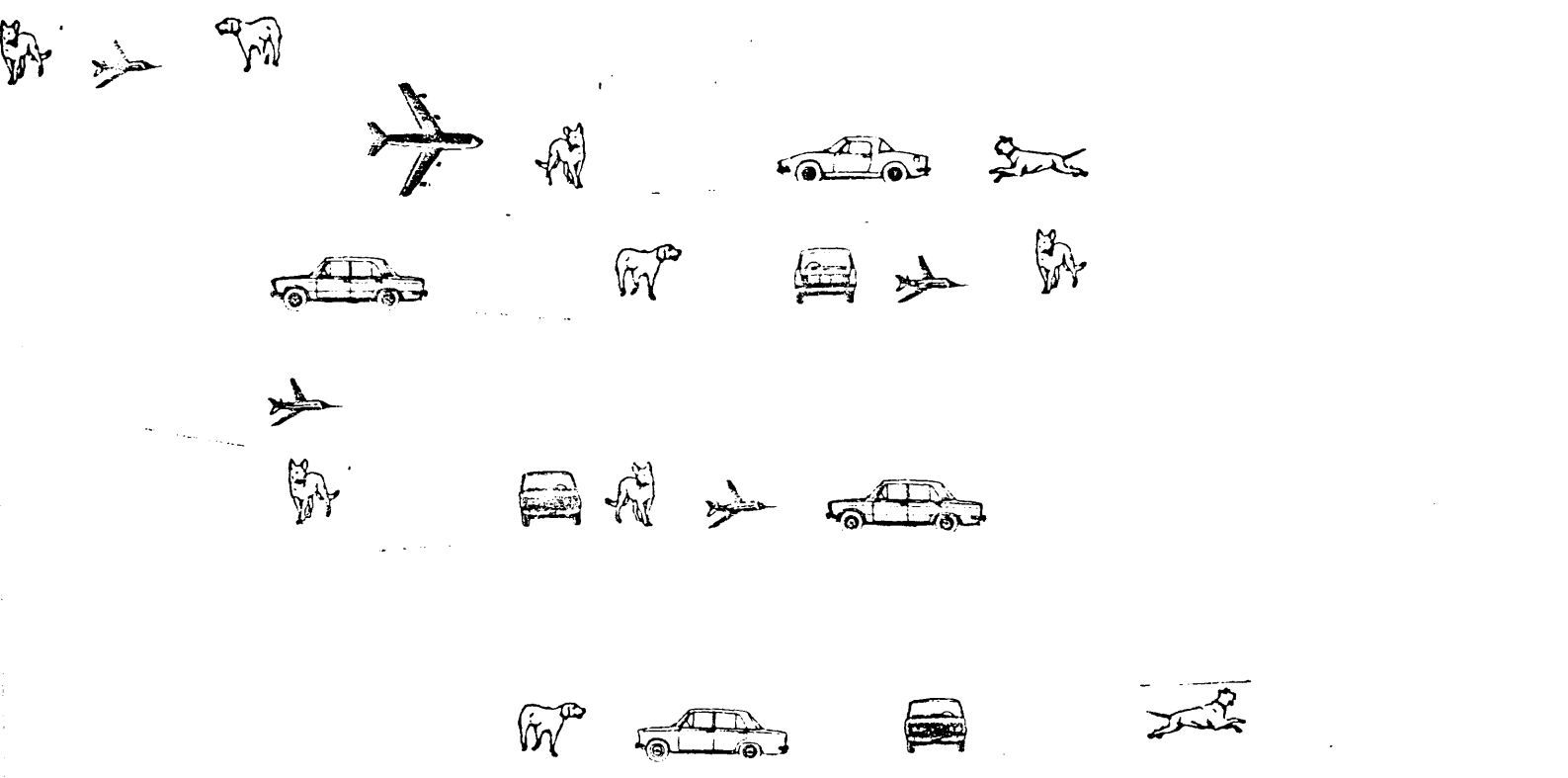
Otro procedimiento es el del recitado lento, buscándose la musicalidad general del parlamento, de series de palabras muy automatizadas por su uso habitual (contar, alfabeto, meses, días capitales de provincias) para facilitar el paso de unas a otras. A continuación se trata de desgajar cada palabra del resto exigiendo su enunciado con órdenes tales como "Diga la primera, la última, la anterior, la que hace el número 3, etc".

TSVETKOVA recomienda la repetición de estas series alternando la pronunciación en voz baja y alta, solo o a la par con el terapeuta. Se pueden improvisar listas de palabras con aquellas que últimamente se hayan aprendido.

En las láminas siguientes se reproducen algunos ejemplos de "lectura de imágenes" encaminadas a lograr un aprendizaje de las palabras denominadoras de los objetos, una anulación de los fenómenos perseverativos del tipo de la intoxicación por la palabra y un mejoramiento de la fluidez verbal, disminución de las latencias y retraso progresivo de la fatiga. Se emplean representaciones distintas de un mismo objeto con el fin de facilitar los mecanismos de generalización. Las láminas recogen de tres a cuatro elementos y en la práctica se confeccionan con dos y con más de cuatro también.

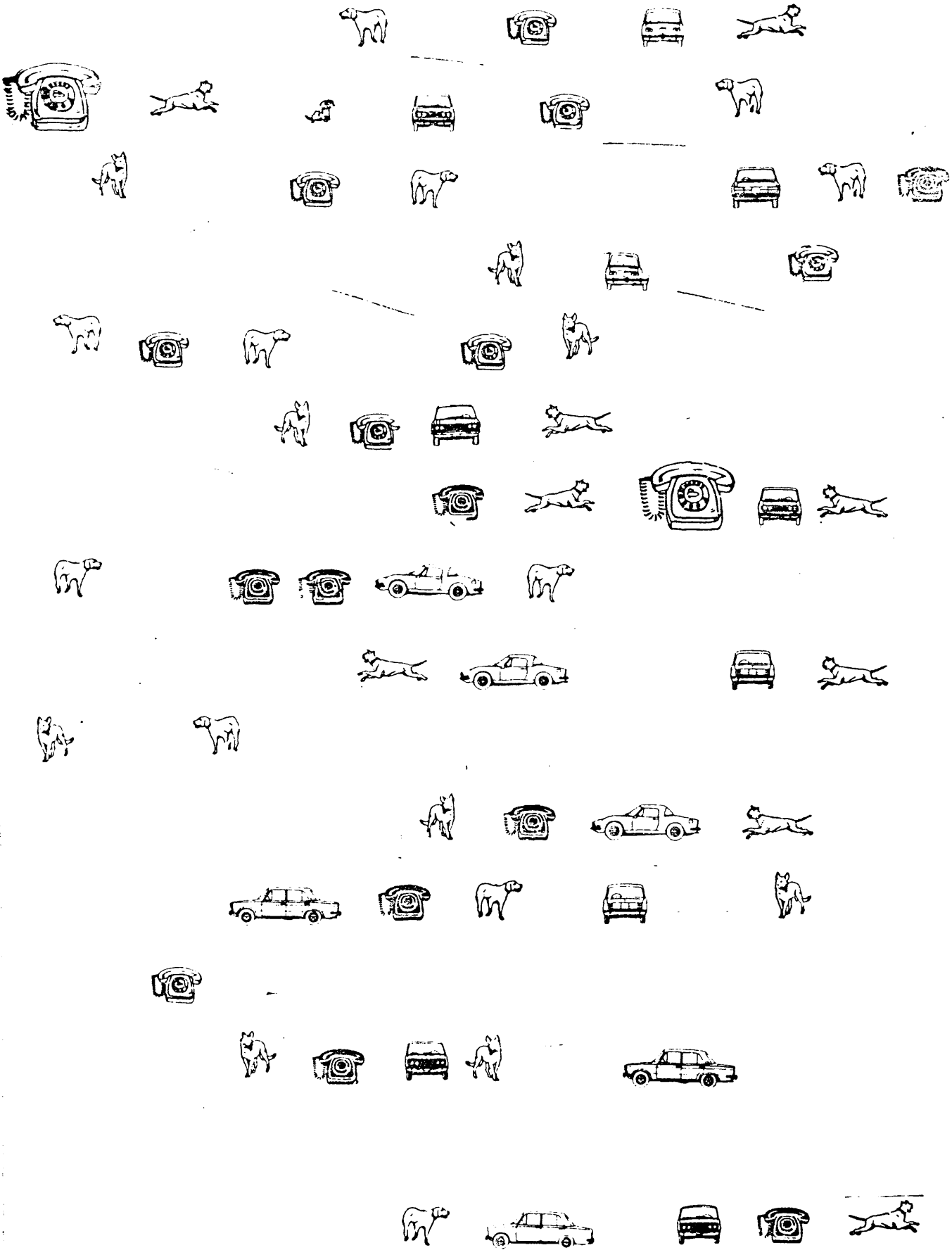


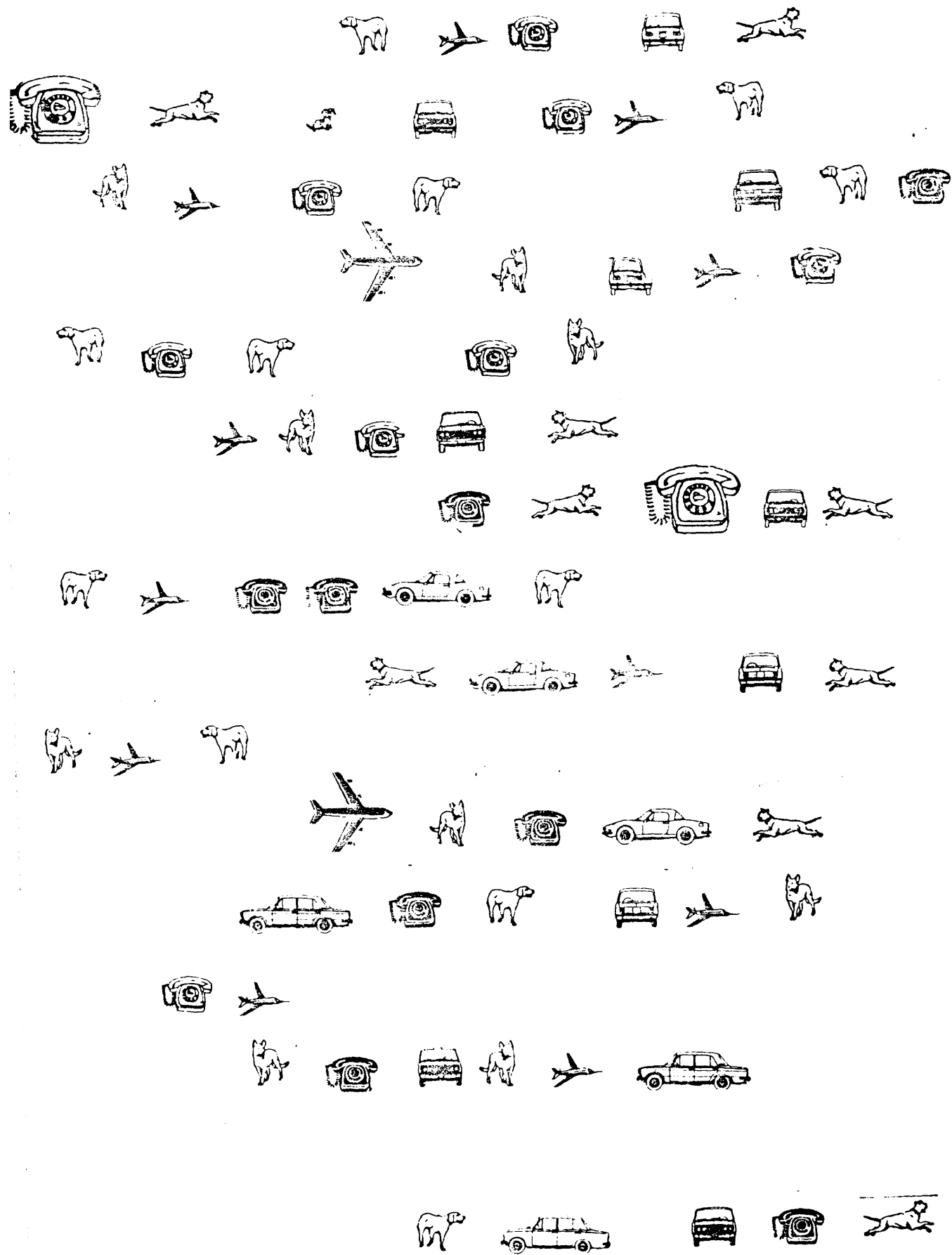




CG-8







5.- ECOLALIA.

Es un síntoma típico de la afasia dinámica de LURIA. También es frecuente encontrarle en afásicos seniles. GOLDSTEIN y NIELSEN insisten en su presencia en los casos con intensa afectación comprensiva.

LORD BRAIN la define como la repetición automática y compulsiva de palabras, o sílabas, con falta de comprensión de su significado. BAY la considera como una actividad expresiva verbal desligada del campo de la ideación, de la intención comunicativa controlada. DENNY-BROWN habla de una disociación entre el automatismo verbal, al que considera como una función independiente pero integrada, que estaría además alterado, y la actitud propositiva que normalmente debería acompañarle. Se encuentran siempre importantes trastornos intelectivos asociados.

La ecolalia posee en ocasiones un mayor grado de integración y elaboración, entre lo que manifiesta el paciente y lo que previamente escuchó (NIELSEN). Es decir, que junto a la repetición pasiva e iterativa de pronóstico recuperativo poco brillante, está la posibilidad de que el sujeto recoja y aproveche determinadas manifestaciones verbales del exterior.

La afectación comprensiva se pone fácilmente de manifiesto cuando ante una orden verbal el paciente en lugar de ejecutarla la repite. A veces algunos de ellos que superaron el trastorno, o nunca lo tuvieron, lo vuelven a tener si nos dirigimos a ellos en un determinado tono de voz y están poco atentos. Sucede durante las sesiones reeducadoras.

La ecolalia se corresponde en el lenguaje escrito con la eco-
grafia, en la que se escribe sucesivamente la misma palabra o frase. Ambas modalidades se interpretan reflexológicamente como una inercia de la excitación provocada por el estímulo auditivo

previo, que bloquea la espontaneidad y fluidez verbal.

KORNYEY se refiere a un síndrome, por lesión de la zona irrigada por la arteria cerebral anterior izquierda del área motora suplementaria, que denomina afasia motriz transcortical, en la que la ecolalia sería el síntoma primordial.

Hay que señalar, por otra parte, la existencia de un estadio evolutivo infantil, sobre los 10 meses o más, en la que el niño tiene una tendencia a la ecolalia. Este dato ha sido manejado por los que pretenden encontrar ciertas analogías entre los lenguajes infantil y del afásico.

6.- AGRAMATISMO.

Consiste en un modo incorrecto de construir las frases y utilizar las palabras en relación con las normas establecidas por la gramática y la sintaxis. AJURIAGUERRA lo califica de "lenguaje simplificado" arguyendo que no existen funciones cerebrales responsables de estas dos ciencias.

Es típico la omisión de las partículas de la oración (adverbios, preposiciones, conjunciones), errores en las declinaciones, concordancias y conjugaciones. La reducción de los elementos frásticos empleados para expresar una idea (el estilo telegráfico de ISSERLIN) puede ser tan acentuado que la frase llegue a ser incomprensible; otras veces esta condensación significativa es menor y las equivalencias entre el significado y significante son suficientemente ostensibles para el oyente. En general el llamado eje semántico (MARTINET) está conservado en contraposición con el sintáctico. A veces llama la atención la riqueza de vocabulario del paciente frente a sus pobres posibilidades expresivas a consecuencia de un severo agramatismo.

La defectuosa estructuración gramatical no es en absoluto rígida de manera que la construcción de frases varía cualitativamente de unos momentos a otros aunque se mantenga siempre un deterioro estructural, que será siempre mayor al intentarse expresar contenidos ideativos acusadamente especulativos.

El agramatismo está considerado como un síntoma inhibitorio. No es infrecuente que sea el estadio residual de una afasia inicialmente mucho más profunda, generalmente motora o anártrica.

Desde el punto de vista terapéutico conviene fijar los siguientes puntos generales:

- La estructuración de las frases se conserva, o está menos des

truida cuando se trata de expresiones muy automatizadas, frases hechas, o de uso mas inmediato o familiar.

- El estilo telegráfico trae consigo que las palabras utilizadas, adjetivos, sus tantivos y algunos verbos sobre todo, no solo presenten deficiencias formales, sino que encierren contenidos significativos mucho mayores que lo habitualmente admitido ya que suplen a las palabras omitidas. Por eso conviene que el paciente repita la frase correcta y trate de concienciarla lo mejor posible cuando la corrija el terapeuta. Siempre se evitarán las frases farragosas y largas.
- El agramatismo, dentro de ciertos límites, tiene aspectos positivos cuando llegan a él afásicos que inicialmente tenían una gran reducción lingüística. En muchos de ellos conviene acostumbrarles a que de adapten, incluso ideativamente, a emplear un tipo de frase corta y de estructura simple con el que sacar el máximo partido a un agramatismo residual.
- En la reeducación se recurre al acompañamiento mímico, gestual, entonativo y a la teatralización situacional. Actividades como la reproducción de estados de ánimo o de situaciones diversas actúan a manera de armazón o de señales guía para engarzar adecuadamente las palabras. Estas actividades, realizadas a veces en grupos pequeños, se organizarán de modo que permitan al terapeuta la formulación de un gran número de cuestiones que faciliten al terapeuta el hablar en unas condiciones lo más cercanas a la realidad. El sujeto habla mientras realiza distintas acciones. Algo análogo se hará con dibujos relacionados entre sí como viñetas de historietas..
- Si no hay alexia intensa se darán varias palabras escritas en cartoncitos para que las ordene en una frase.

- Se construirán frases a partir de palabras, objetos o dibujos (algunos de ellos los habrá construido el propio paciente). Las ayudas suministradas estarán en función de las dificultades que encuentre.
- Se recitarán párrafos de conocimiento generalizado (oraciones, refranes, versos) extrayendose de ellos algunas frases en las que incluso se introduzcan algunas modificaciones gramaticales. Se procurará que se aprenda algunas frases que sean de utilidad práctica en la vida diaria para que cuando llegue la ocasión se empleen adecuadamente.
- Cuando se repitan algunas frases se procederá también luego a efectuar variaciones sobre ella, cambiando palabras, considerando las partículas gramaticales, modificando el orden de las palabras y los tiempos de los verbos.

Un gran número de los ejercicios descritos para la corrección de diversos trastornos afásicos tienen una inmediata aplicación para los agramatismos. A parte de todos ellos se recoge a continuación una selección de verbos de acción que por este carácter, y ser fácilmente representativos, se han escogido para que sirvan para la formación de frases. El procedimiento sería el siguiente:

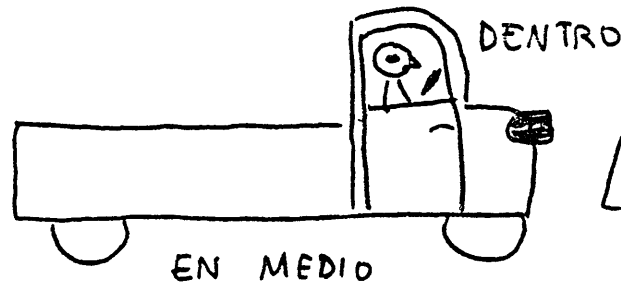
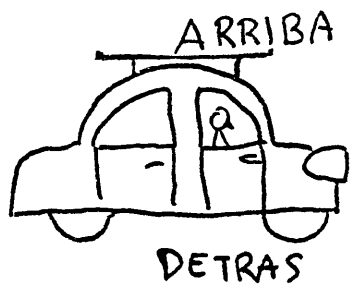
- a) Construir verbalmente una frase.
- b) Lo mismo por escrito.
- c) Copia, repetición y comentarios a las mismas y a otras que forme el terapeuta.
- d) Ordenación de las frases anteriores cuando se dan desordenadas.

La dinámica y progresión concreta de los ejercicios los adapta el terapeuta a la situación y posibilidades del sujeto.

BEBER
ESCRIBIR
PESCAR
PENSAR
BAJAR
BAILAR
CORRER
ABROCHAR
REGAÑAR
CORTAR
PINTAR
ESCUCHAR
PEINARSE
AFEITARSE
ROBAR
CAVAR
COMPRAR

COMER
REZAR
CAZAR
REGAR
REIR
LLORAR
SENTARSE
SALTAR
GUISAR
JUGAR
LIMPIAR
MIRAR
BARRER
CLAVAR
SALUDAR
CRUZAR
SEÑALAR

LEER
PEGARSE
BESAR
SUBIR
LLOVER
FUMAR
DORMIR
CORTAR
ESTUDIAR
CALENTAR
HABLAR
DISPARAR
COSER
ASERRAR
NADAR
NATAR
DUCHARSE



VIENEN DE



VAN A

Dibujo realizado por un familiar de un paciente con agramatismo y dificultades de captación espacial con objeto de que se adiestrara en el empleo y comprensión de las preposiciones y adverbios a partir de contextos y situaciones concretas como las aquí representadas. Con este material y la adecuada ayuda familiar el paciente trabajaba con buen rendimiento en su domicilio y complementaba así el tratamiento logoterápico del centro de Rehabilitación.

LADRAR

ladrar pero

COMER

comer en compañía de unos amigos

En los ejercicios de inventar frases a partir de una palabra inicial las dificultades pueden ser de varios tipos y grados. En este caso se suministraba un verbo y el paciente aun cuando era capaz de crear una frase de significación concreta y clara sin embargo no le era posible conjugar los tiempos de los verbos del modo adecuado y correcto. La dificultad le sobrevinía tanto en el lenguaje verbal ordinario como cuando trataba de escribirlo.

estamããana me ebantado
may teprano

Junto al agramatismo clásico, caracterizado por la ausencia de palabras y partículas gramaticales junto con defectos en la conjugación de los verbos y las concordancias, habría otra forma, como en este ejemplo, caracterizada por negligencias gramaticales tales como omisión de mayúsculas, faltas de ortografía y cortes o acumulaciones de sílabas y palabras en las vecinas. Esta modalidad recuerda los primeros estadios infantiles de la adquisición de la lectura y escritura.

7.- JERGAFASIA.

Se trata de alteraciones muy profundas de la expresividad verbal, por lo que ésta resulta indescifrable y carente de significación para el oyente. Hay una gran abundancia de parafasias de todo tipo, omisión de palabras o partes de ellas, vocablos irreconocibles, inadecuada estructuración de frases. Aparece en sujetos cuya capacidad comprensiva verbal está siempre alterada en mayor o menor grado, con importantes dificultades de autocontrol, autoconcienciación y dominio de las propias manifestaciones verbales. Para LHERMITTE y ALAJOUANINE es una auténtica anosognosia del propio lenguaje.

En la afasia de WERNICKE se describió clásicamente la logorrea, muy ligada al síntoma que nos ocupa, en la que el sujeto habla descontroladamente una jerga indescifrable, siendo además difícil interrumpirle.

ALAJOUANINE, SABOURAUD y RIBACOURT distinguen tres variedades de jergafasias:

- a) La Jerga indiferenciada, constituida por estereotipias verbales sin nexos de unión con significaciones reales y, además, emisión de fonemas y palabras muy deformadas y sin ligazón sintáctico-gramatical.
- b) La jerga asemántica, donde se conserva una aparente ordenación sintáctica aun cuando abundan las palabras muy deformadas, neologismos y las de aspecto inventado o glosolálicas.
- c) La jerga por acumulación de parafasias varias.

ALAJOUANINE, LHERMITTE y LEDOUX hacen otra diferenciación, desde otra perspectiva, en donde junto a una jerga disfonética habría otra disemántica según repercutiera en los polos fonéti

ticos o significativos del lenguaje verbal. Ambas modalidades coincidirían en las logorreas.

El estado psíquico general, la capacidad ideativa y el propio lenguaje interior están más o menos deteriorados, especialmente este último, sobre todo en las disemánticas. Suele haber un estado eufórico, en donde las inhibiciones están reducidas, y el paciente se presenta muy locuaz y animado. En algunos de ellos se aprecia una relativa intencionalidad respecto a sus motivaciones y vivencias y lo que tratan de decir.

Tanto la logorrea como la propia jergafasia serían el resultado de un predominio de la excitación en los procesos ligados al lenguaje verbal y un déficit, por consiguiente, de los mecanismos inhibitorios fisiológicos. Esta concepción nos lleva a plantearnos sus relaciones con las glosolalias.

Se conoce con el nombre de glosolalias los automatismos fónicos que toman el aspecto de un idioma diferente al hablado normalmente por el sujeto. Son, por definición, ininteligibles y poseen un intenso contenido emocional expresivo. Han sido clasificadas por algunos autores curiosos por este fenómeno en varias clases:

- Glosolalias infantiles, o forma de expresividad afectiva y emocional reactiva a las sensaciones e imágenes del niño. Están en parte ocasionadas por una insuficiencia lingüística, aparece en los primeros años de la vida, que trata de compensarse mediante estos cauces fónicos arbitrarios. A veces forman parte de las actividades lúdicas y los propios adultos participan en su mantenimiento.
- Glosolalias del lenguaje cotidiano y familiar, ligadas a ciertas manifestaciones de interjección, admiración, murmullo emotivo (LOMBARD) que como puede apreciarse serían en parte con-

tinuación de las anteriores y como ellas de alto nivel afectivo entre aquellas personas que las usan.

- Glosolalias literarias o, según el poeta A. REYES, jitanjáforas, en las que se utilizan estas palabras inventadas como recurso literario y para tratar de denominar determinados contenidos poéticos que como tales, según GABRIEL CELAYA, serían "innombrables" con los códigos comunicativos convencionales por estar fuera de las fronteras de lo convencional.

Estas tres variedades serían normales y fisiológicas (SENET) y reciben también el nombre de estoglosias, adjudicándoseles una gran importancia en la filogenia del lenguaje como actantes en las primeras etapas formativas del mismo en los pueblos primitivos en los que había un gran predominio de lo emocional. Así se explicaría su reaparición frecuente infantil durante su ontogenia lingüística.

Otras glosolalias son, por el contrario, patológicas y entre ellas tendríamos:

- Las xenoglosias o empleo de lenguas desconocidas por el hablante. Se trata de un fenómeno que en la actualidad se estudia dentro del campo de la parapsicología, aun cuando sea conocido desde la antigüedad donde se le adjudicaba un contenido religioso y místico tanto a nivel personal (xenoglosias de los éxtasis en donde la conciencia queda ahogada por la expiritualidad) como colectivo (xenoglosias de multitudes en delirio). Hay descritas variedades mono y políglotas, así como mezcolanzas de idiomas. Las hay para la expresión o la comprensión por separado o incluso a través de diferentes instrumentalidades (movimientos de objetos, etc.). GONZALEZ-QUEVEDO hace referencia a xenoglosias que surgieron con posterioridad a traumatismos varios, síndromes febriles, estados de

trance hipnótico y acción de determinados narcóticos, estas variedades nos hacen pensar en la jergafasia. Desde esta vertiente habría un otro cierto acercamiento con los síndromes afásicos de sujetos plurilingües o que en determinados momentos de su vida estuviesen en contacto con algún idioma extranjero. Así se explicarían ciertas xenoglosias para idiomas olvidados, las de carácter inconsciente o las marcadamente "mecánicas".

- Las pseudo-xenoglosias en donde no existe realmente el dominio de ninguna lengua realmente histórica, aunque la fluidez elocutiva del sujeto lo haga parecer en primera instancia a los oyentes. En este grupo seguramente se deberían encuadrar muchas de las del anterior apartado.

La jerga empleada por ciertos afásicos, siempre de carácter esencialmente disfonético, adquiere un aspecto pseudoxenoglósico. Por eso mencionamos las glosolalias al ocuparnos de las jergafasias ya que en cierto modo se establecen unos nexos de similitud que dan alguna luz sobre el problema así:

- I) La desinhibición emocional y euforia de ciertos jergafásicos coincide con los estados anímicos de algunos glosolálicos. El incremento excitatorio encauzado hacia la expresividad verbal daría lugar a resultados emparentados.
- II) La necesidad expresiva y el déficit lingüístico que padecen, por muy distintos motivos, el glosolálico emocional y el afásico darían lugar a manifestaciones parcialmente parecidas.

En la reeducación de las jergafasias hay que frenar al paciente, racionarle su expresividad y a continuación intentar que controle cada palabra por separado. Se reeducarán éstas y se recurrirá también a las repeticiones.

8.- PARAFASIAS Y NEOLOGISMOS.

Las parafasias son un síntoma afásico caracterizado por el cambio de un elemento del lenguaje por otro. Para FREUD son la pérdida de la eficacia asociativa del lenguaje. Realmente son el resultado de un mecanismo compensador en el que en lugar de salir la palabra, letra o sílaba adecuada (según una secuencia pensamiento-concepto-palabra-sílaba-fonema) se produce una asociación secundaria, es decir se codifica un elemento lingüístico al deseado por que éste está anulado.

Las parafasias se dividen en dos grandes grupos:

- 1º) Parafasias nominales, en las que una palabra completa se cambia por otra.
- 2º) Parafasias silábicas, en las que el cambio es de toda una sílaba.
- 3º) Parafasias literales, se cambia una letra por otra.

Sucede que la diferenciación entre ellas no siempre es clara ya que basta a veces con cambiar una sola letra para que en lugar de una palabra tengamos otra ("Bota" - "Gota") o lo mismo para las sílabas ("Mesa" - "Casa").

Las dos últimas variedades son conocidas también con el nombre de parafasias fonémicas y se originan por metátesis o transposición silábica o de letras, intercalamiento de algunas inexistentes, traslación de las últimas de una palabra a la siguiente o de la primera a la anterior, por asimilaciones y elisiones. No es raro que el paciente termine mal las palabras, que su parte central sea la más afectada, o que lo sean las de uso menos habitual, las polisílabas o que a medida que vaya hablando se aprecien deterioros crecientes del lenguaje (parafasias por mogifasia).

Las parafasias nominales presentan, por su parte, varias subdivisiones o modalidades:

- a) Parafasias metafóricas, en donde se aprecia que el cambio ha tenido lugar según el empleo lingüístico de la metáfora según la concepción de JAKOBSON y HALLE.
- b) Parafasias metonímicas, en las que la sustitución es por una traslación metonímica, es decir de relación y no de analogía como en el caso anterior.

Estas dos modalidades se llaman genéricamente parafasias semánticas.

- c) Parafasias morfológicas, se emplea una palabra en lugar de la correcta por mera semejanza formal ("Cama" por "Cara") o apofonía. A veces hay un componente de falta de autocomprensión importante. En general se conserva la categoría gramatical de las palabras sustituidas (sustantivo por sustantivo, verbo por verbo, etc.).
- d) Parafasias casuales, en donde no parece existir una causa aparente que justifique el cambio. Pero cabría incluir aquí ciertos casos en los que se responsabilizaría, con un examen más detenido, a ciertos disturbios del equilibrio excitoinhibitorio verbal. Se subdividen en las siguientes clases:
 - Perseverativas, la sustitución es por perseveración o intoxicación por una palabra anteriormente dicha.
 - De interferencia sensorial, en las que un estímulo procedente de algo del entorno desencadena la emisión de su nombre inopinadamente.
 - Imaginativas, por interferencia de un pensamiento que en ese momento acude a la mente o de un estado emocional. Esta última posibilidad se correspondería con las asociaciones verbales descritas por FREUD en su "Psicopatología de

la vida cotidiana".

- Anárquicas, o verdaderamente casuales, en las que no se aprecian unos claros motivos para que se efectuara la sustitución.
- e) Gramaticales, en las que se cambia una parte de la oración por otra o fallan las concordancias de género, número, persona y tiempo verbal.
- f) Circunloquiales, en las que el paciente trata de dar un rodeo por no ser capaz de decir lo que propiamente desearía. Es típica de los afásicos anómicos y estaría emparentada con las perífrasis.

En un gran número de parafasias llegamos a descubrir su origen significativo, sobre todo si el explorador sintoniza bien con el sujeto y está un poco al corriente de sus experiencias, deseos y motivaciones. Por ello el grado de inteligibilidad del parafásico será muy variado, desde la jerga a una verbalización extensa, fluida y fácilmente comprensible por el interlocutor sin grandes esfuerzos.

En ocasiones hay una cuantas parafasias que se repiten con gran frecuencia y reiteración, aunque con distinta significación e intencionalidad, en otras contrariamente el número de palabras utilizado incorrectamente es muy grande aunque se conserven los nexos significativos. El problema radica muchas veces en la mayor o menor cercanía significativa entre las palabras erróneas y las verdaderas.

Las parafasias literales y silábicas se ven influenciadas por trastornos disártricos concomitantes o de apraxia buco-linguo-facial.

Neologismo es un vocablo de nueva creación que surge en labios del afásico a partir de nombres reales o bien totalmente

inventado. Según la primera acepción estarían en relación estrecha con las parafasias, pero según la segunda con las pseudoxenoglosias de la jergafasia. Para BARRAQUER BORDAS los genuinos neologismos no serían parafásicos, aunque las fronteras entre ambos están mal delimitadas, sino que corresponderían a nuevas denominaciones de base significativa subjetiva del paciente, es decir nuevos monemas según la moderna terminología lingüística a que hace referencia ROCH-LECOURS. En cualquier caso el grado de comprensión de los neologismos para el oyente es muy variado de unos casos a otros.

Para LORD BRAIN en las parafasias nominales habría una perturbación de lo que él denomina las "palabras-esquemas", entendiendo por tales la esencia de la palabra a la cual recurrimos tanto para reconocerla cuando la escuchamos como para decirla. Estos esquemas se adquirirían mediante mecanismos adquisitivos sensomotrices durante la ontogenia verbal infantil. SCHULL, por su parte, constató una semejanza entre las respuestas parafásicas y las que daban sujetos normales en las pruebas de asociación libre de palabras de JUNG, de lo que se infiere que en el afásico se conservarían determinadas leyes o mecanismos funcionales comunes a los individuos normales. De ahí el valor reeducador de los ejercicios con listas de palabras apófonas, contrarias, para asociación libre o para enumeración de semejanzas o relaciones. También cabría citar la opinión de PIERON sobre la existencia de disturbios perceptivos auditivos en parafásicos fonémicos. En cualquier caso existiría una división apreciable entre los cambios parafásicos de carácter significativo de los más estrictamente fonéticos.

Es muy interesante comparar todos estos trastornos con la evolución histórica de los idiomas en la que la moderna lin-

güística encuentra leyes y mecanismos que rigen sus cambios a lo largo de las generaciones. Estas leyes, mecanismos o tendencias al cambio estructural y formal de las lenguas están, naturalmente, presentes en todos los parlantes aunque se encuentran en parte bloqueados por el "uso concreto" del lenguaje que actúa como elemento conservador o fijador. Pero en la afasia, al fallar todo el entramado lingüístico del sujeto todas estas fuerzas adquirirían una mayor autonomía dando lugar a estos cambios parafásicos. En los literales los mecanismos lingüísticos activos serían:

- La disimilación (Evitación de repetición de un mismo fonema).
- La metátesis o transferencia de un elemento de una sílaba a otra por desplazamiento o permutación.
- La haplología, u omisión de una sílaba a causa de su semejanza con la vecina.

En los nominales seguramente intervendrían los mecanismos de formación analógica en donde en un paradigma uno de los elementos constituyentes influye sobre otro:

- Por nivelación u homogeneización mutua de los miembros.
- Por contaminación o unión de dos miembros para formar un tercero.
- Por formación proporcional o paso de un elemento de un paradigma al de otro.
- Por abreviación, por uso frecuente.

En algunos casos quizás incluso se llegase a encontrar algún mecanismo de los denominados de préstamos, tabuismo o incluso neologismos verdaderos.

Estudio sobre un test lingüístico de provocación parafásica.

Dentro del amplio grupo de las parafasias merecen especial consideración las nominales, metafóricas y metonímicas, ya que en su origen se encuentran significativas semejanzas con formas denominadoras del lenguaje habitual del adulto y niño normales. El problema radica en que no hay estrictamente una correlación directa y exacta entre cada objeto o fenómeno, empleando esta palabra en su sentido más general abarcador de todo lo que nos rodea y hacemos, y la palabra denominadora. Cada nombre se usa de forma muy individual y se le adjudica contenidos significativos que varían de unas personas a otras y de unos a otros momentos y situaciones. En el afásico con parafasias nominales es como si este hecho se exagerase de forma que el empleo de cada palabra obedeciese a mecanismos muy peculiares pero ligados en última instancia a una relación de causa a efecto real pero distinta a la habitual. Cuando el paciente ante un objeto lo denomina con una parafasia, el mecanismo asociativo directo y principal queda sustituido por otros secundarios que según su índole darán lugar a las distintas formas metafóricas y metonímicas. Pero estos cortocircuitos secundarios también están en el sujeto normal y se ponen de manifiesto en determinadas condiciones.

Con objeto de profundizar más en esta línea se procedió a un estudio estadístico en un grupo de sujetos sanos en los que se trataba de provocar respuestas parafásicas, con objeto de compararlas con las de los afásicos.

1. Material y método.

Se escogió un contingente de 43 sujetos sanos, del sexo mas-

culino y con edades comprendidas en el tercer decenio de la vida. A todos ellos se les mostro una serie de láminas figurativas, que se recogen en las páginas siguientes, en número de 6 y que denominamos con el fin de poder hacer referencia a ellas de este modo:

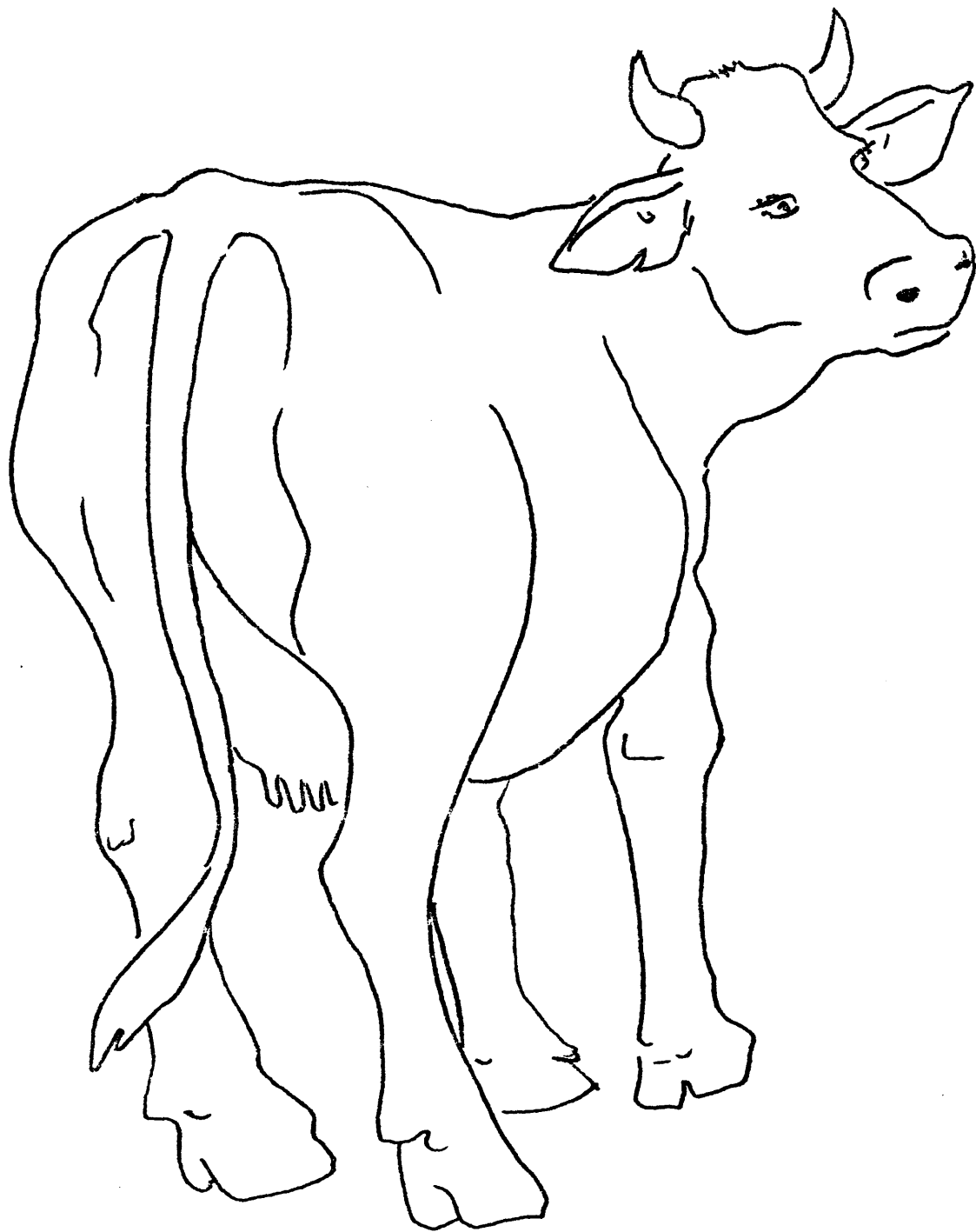
- 1ª - Lámina de "arbol".
- 2ª - " " "hombre".
- 3ª - " " "vaca".
- 4ª - " " "silla".
- 5ª - " " "gafas".
- 6ª - " " "cuchillo".

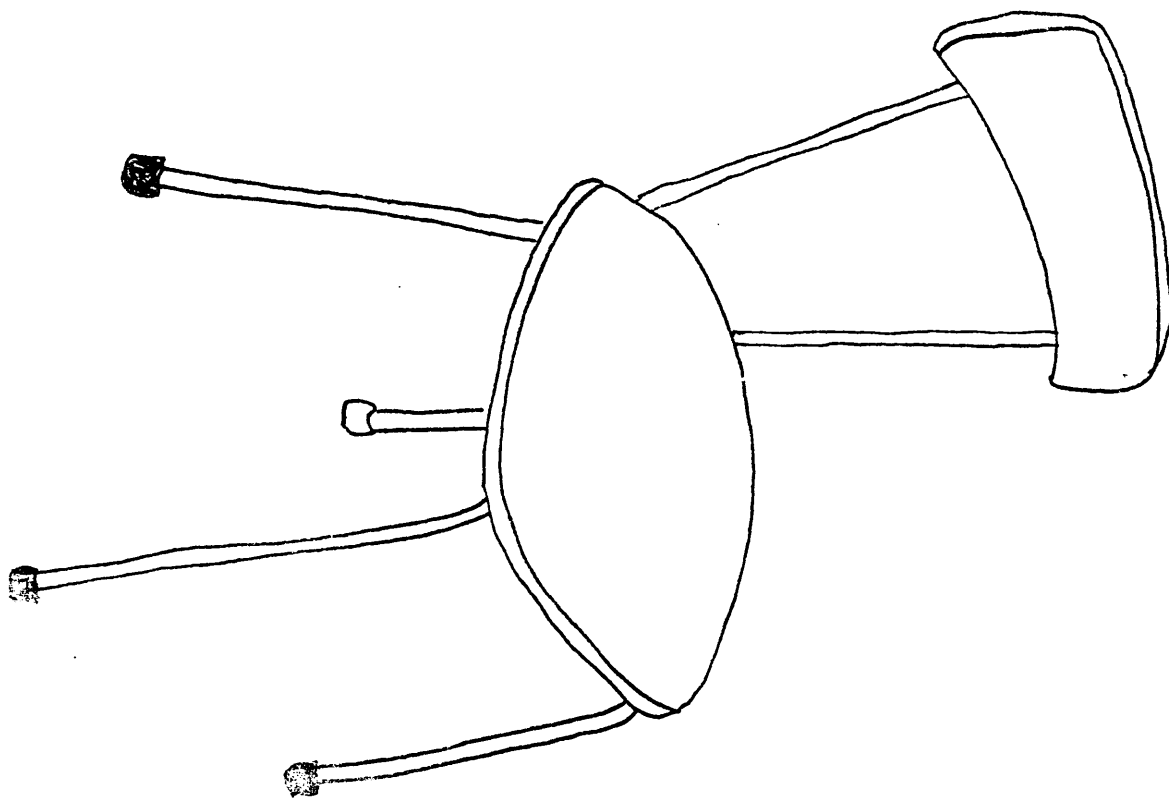
Se invitaba a cada sujeto que a la vista sucesiva de cada una de ellas dijese los nombres que primero se le ocurriesen, aclarándoles que no era necesario que trataran de nombrar lo que iban a ver, sino simplemente pronunciasen las primeras palabras que las figuras que iban a ver les hiciesen aparecer in mente. Con ello se pretendía evitar, o disminuir, los posibles aspectos proyectivos de la personalidad del individuo que la prueba podía despertar, así como los descriptivos o especulativos que una respuesta en forma de frase conllevaría. Se trataba, en suma, de despertar una respuesta lo más estrictamente denominativa. Se anotaron las dos primeras palabras que pronunciaba cada explorado.

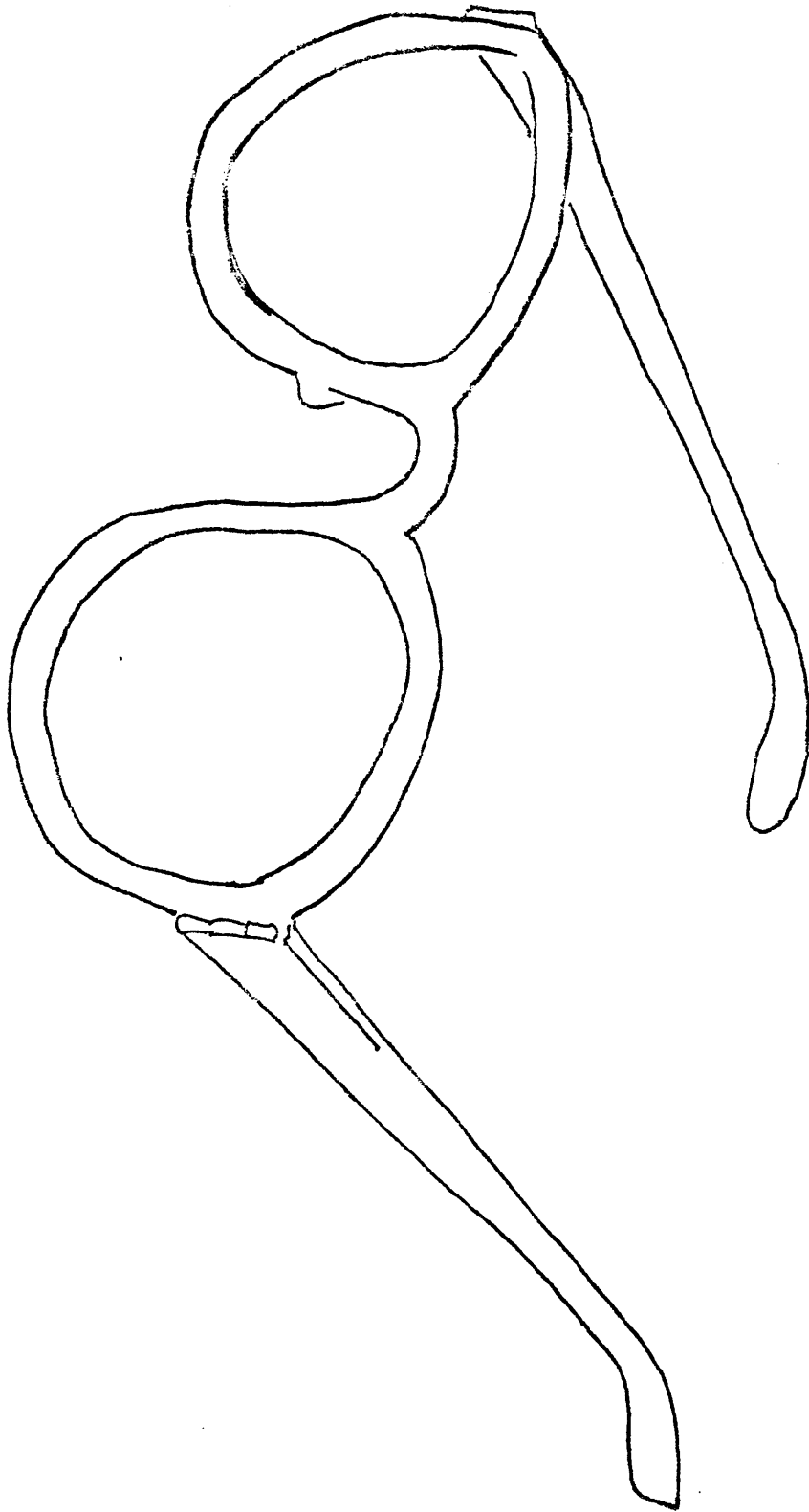
2. Resultados.

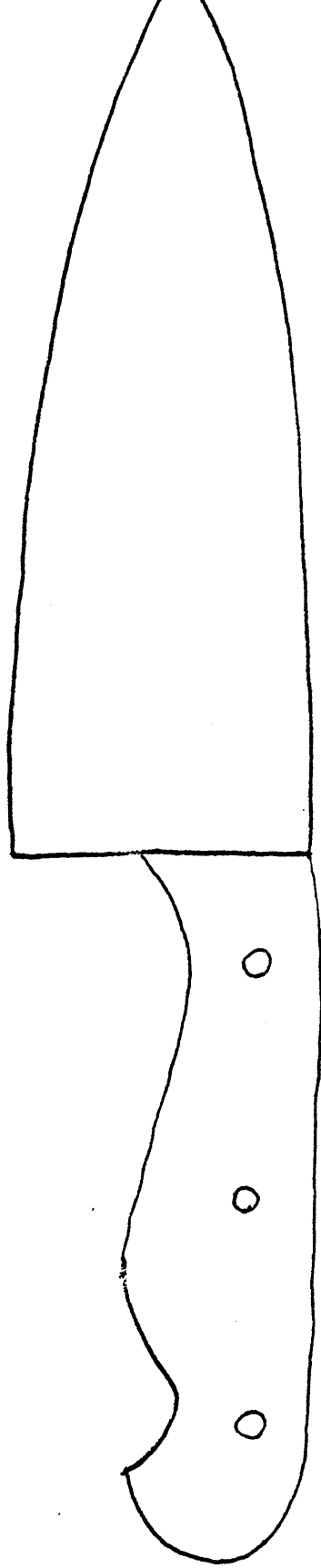
1ª.- Para la lámina de "arbol" el análisis de la primera palabra emitida arrojó el siguiente saldo:

- a) 14 sujetos, el 32,5 %, emplearon la palabra "arbol".
- b) 4, el 9,3 %, emplearon una denominación que se calificó

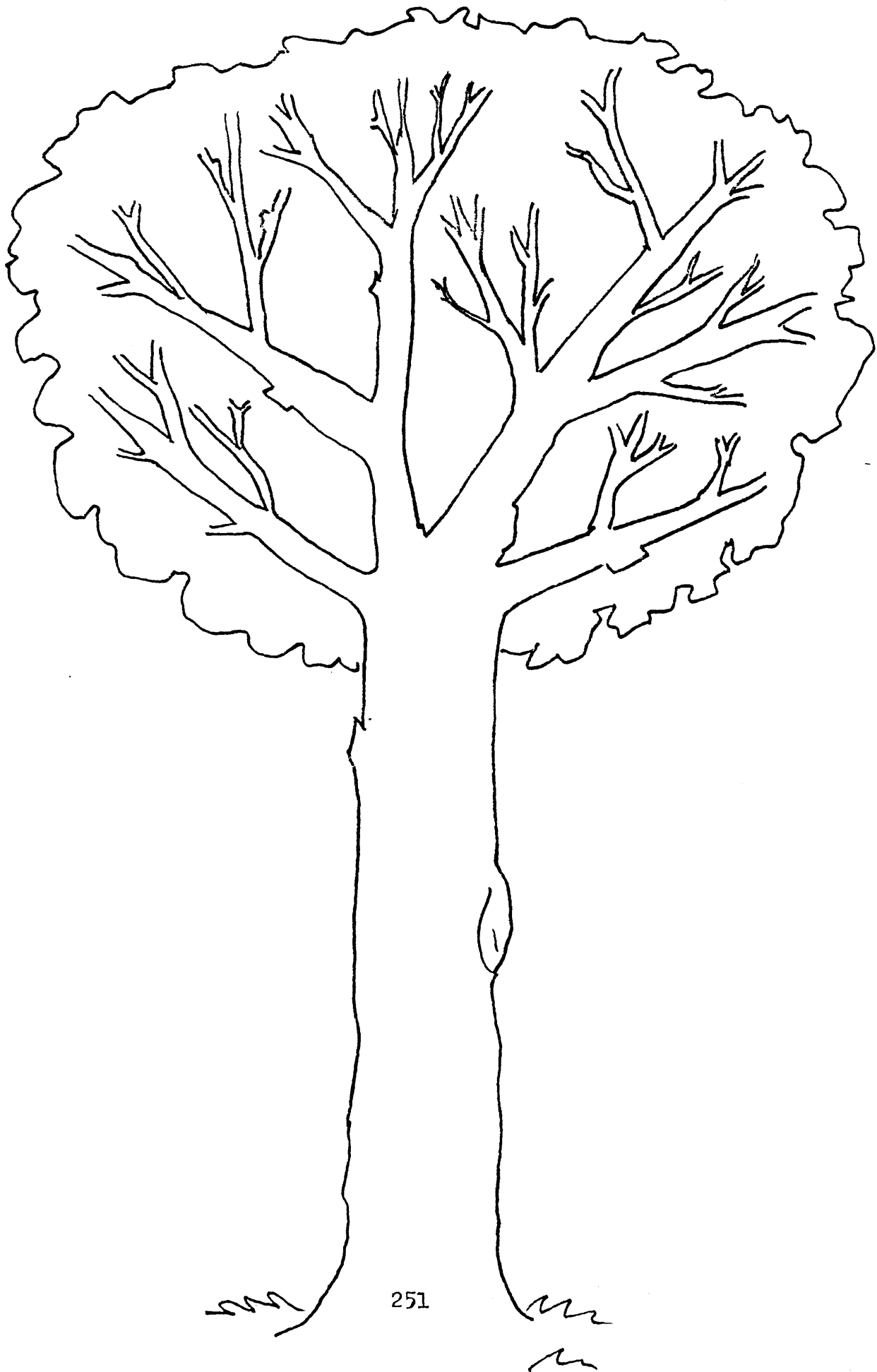




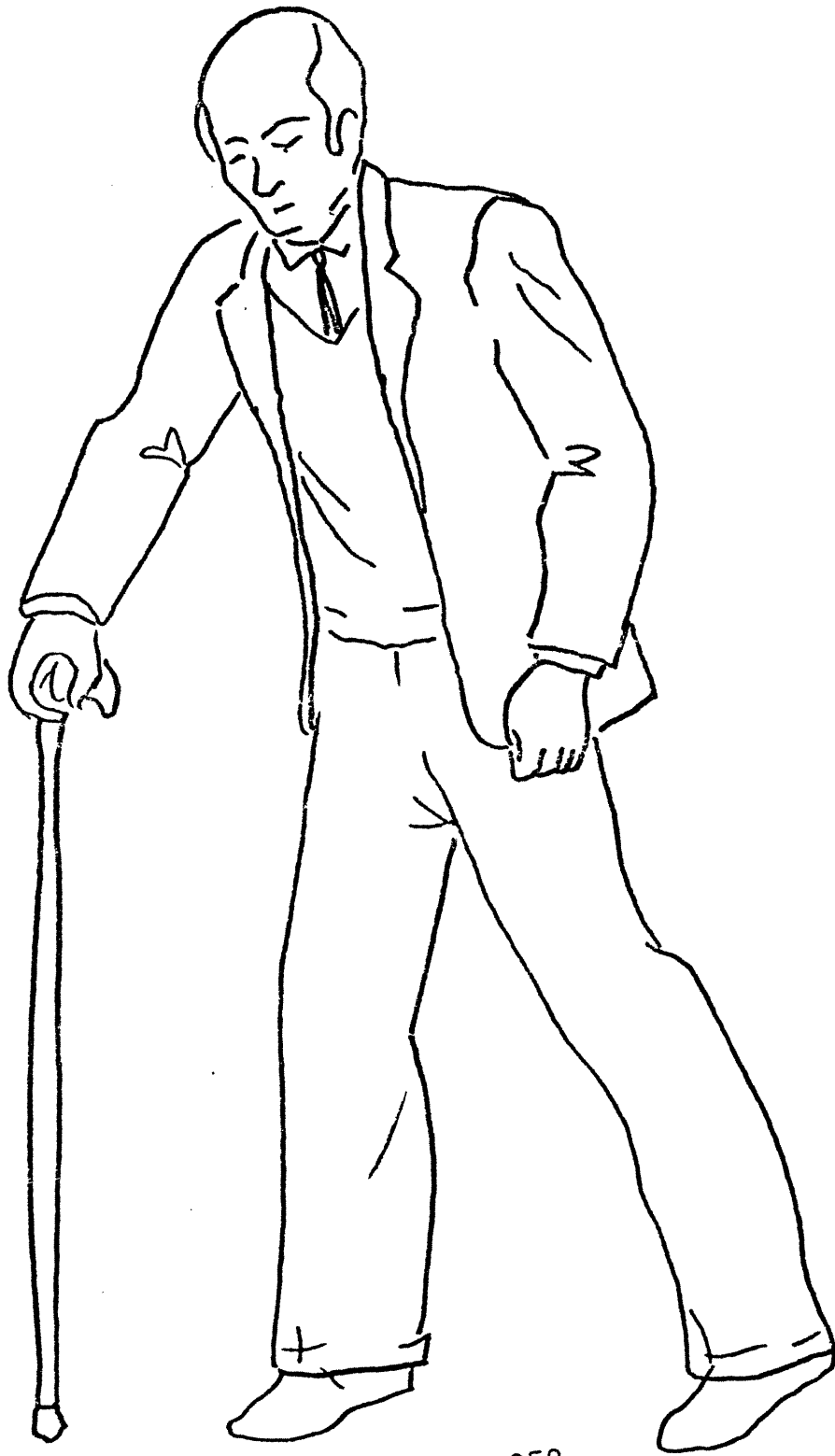




250



251



de predominantemente metafórica.

- c) 12, el 27,9 %, emplearon una denominación metonímica.
- d) 13, el 30,2 %, emplearon una denominación que aparentemente no guardaba relación con el objeto, por lo menos a juicio del explorador.
- e) 41 empleo un sustantivo, el 94,6 %.
- f) 2 emplearon un verbo, el 4,7 %.

2º.- Para la lámina de "hombre" se encontró:

- a) 14 dieron una denominación que se consideró que correspondía con el significado real de lo representado, 34,8%.
- b) 8 emplearon una denominación juzgada como metafórica, el 18,6 %.
- c) 6 emplearon una denominación metonímica, el 13,9 %.
- d) 11 emplearon un nombre que se consideró sin relación, el 25,5 %.
- e) 40 emplearon sustantivos, el 93 %.
- f) 2 emplearon un adjetivo, el 4,7 %.
- g) 1 empleó un verbo, el 2,3 %.

3º.- Para la lámina de "vaca":

- a) 8 dieron el nombre real, el 18,6 %.
- b) 4 emplearon la metáfora, el 9,3 %.
- c) 20 la metonimia, el 46,4 %.
- d) 40 el sustantivo, el 93 %.
- e) 2 un adjetivo, el 4,7 %.
- f) 1 un verbo, el 2,3 %.
- g) 11 utilizaron una denominación a la que no se encontró relación con la lámina, 25,5 %.

4º.- Para la lámina "silla":

- a) 11 dieron el nombre real, el 25,5 %.

- b) 2 una respuesta metafórica, el 4,7 %.
- c) 22 una metonímica, el 51,1 %.
- d) En 8 no se encontró relación, el 18,6 %.
- e) 1 empleó el verbo, 2,3 %.
- f) 39 los sustantivos, el 90,6 %.
- g) 3 el adjetivo, 6,9 %.

5º.- Para la lámina "gafas"

- a) 10 emplearon el nombre real, el 23,2 %.
- b) 2 la metáfora, el 4,7 %.
- c) 22 la metonimia, el 51,1 %.
- d) En 9 no se encontró relación aparente, el 20,9 %.
- e) 40 hicieron uso de un sustantivo, el 93 %.
- f) 3 un adjetivo, el 6,9 %.

6º.- Para la lámina "cuchillo"

- a) Emplearon el nombre real 8, el 18,6 %.
- b) 2 la metáfora, el 4,7 %.
- c) 29 la metonimia, el 67,4 %.
- d) En 4 no se encontró relación, el 9,3 %.
- e) 31 emplearon un sustantivo, el 72 %.
- f) 8 un verbo, el 18,6 %.
- g) 1 un adjetivo, el 2,3 %.

En relación con la segunda palabra que pronunció cada individuo a la vista de las láminas, los resultados fueron respectivamente los siguientes:

7º.- Para "arbol"

- a) 3 hicieron uso de la metáfora, 6,9 %.
- b) 22 de la metonimia, 51 %.
- c) En 18 no se halló relación, 41,8 %.
- d) 39 emplearon sustantivos, el 90,6 %.

e) 4 un adjetivo, el 9,3 %.

8º Para "hombre"

a) 5 emplearon una denominación que se consideró era el nombre real o una denominación metafórica, el 11,6 %.

b) 24 emplearon la metonimia, el 55,8 %.

c) 6 un adjetivo, el 11,6 %.

d) 35 un sustantivo, el 81,3 %.

e) 1 empleó un verbo, el 2,3 %.

9º.- Para "vaca"

a) 2 dijeron el nombre real, 4,7 %.

b) 2 la metáfora, 4,7 %.

c) 22 la metonimia, el 51 %.

d) En 17 no se halló relación, el 39,5 %.

e) 36 emplearon un sustantivo, 83,7 %.

f) 4 un adjetivo, 9,3 %.

10º.-Para "silla"

a) 3 dieron el nombre real, 6,9 %.

b) 3 una denominación metafórica, 6,9 %.

c) 21 metonímica, 48,8 %.

d) En 16 no se encontró relación, 37,2 %.

e) 38 emplearon un sustantivo, 88,3 %.

f) 1 un verbo, 2,3 %.

g) 4 un adjetivo, 9,3 %.

11º.- Para "gafas"

a) 1 dio el nombre real, 2,3 %.

b) 5 una metáfora, 11,6 %.

c) 22 una metonimia, 51 %.

d) En 15 no se halló relación, 34,8 %.

e) 36 dieron un sustantivo, 83,6 %.

f) 1 un verbo, 2,3 %.

g) 6 un adjetivo, 11,6 %.

12º.-Para "cuchillo"

a) 3 hicieron uso de la metáfora, 6,9 %.

b) 23 de la metonimia, 53,3 %.

c) En 17 ocasiones no se encontró relación, 39,5 %.

d) 35 emplearon un sustantivo, 81,3 %.

e) 7 un verbo, 13,9 %.

f) 1 un adjetivo, 2,3 %.

En el apartado de sustantivos se contabilizaron tanto los genuinos como los adjetivos sustantivizados. En relación con las denominaciones calificadas como metafóricas y metonímicas se procuró darles una acepción general, es decir empleando unos criterios algo más amplios que los aceptados por la preceptiva literaria rigurosa, ya que en ella se encuadran en el capítulo de los "tropos", de los que se describen varios más, y aquí se han reducido a esas dos todas las posibilidades.

3. Discusión y deducciones reeducativas.

La somera consideración de los resultados permite los comentarios siguientes:

1º) El nombre correcto se empleó con una frecuencia que osciló entre el 18 y el 33 % según las láminas. El resto se distribuyó entre respuestas metafóricas (4-18 %) y sobre todo metonímicas (9-67 %) y sin relación aparente, aunque una investigación más profunda seguramente hubiese dado lugar a algún tipo de explicación. Conviene recordar que las respuestas exigidas no pretendían la denominación de lo representado sino la libre manifestación de las palabras que pri

meramente le surgiesen al sujeto, aclarandole taxativamente que no era necesario "que dijese el nombre de lo que veía". Se apreció que la variación del tipo de respuesta estaba en relación con el objeto representado, y que había láminas que desencadenaban mayor número de respuestas metafóricas, como "vaca", metonímicas, como "silla" y "gafas", o sin relación aparente, como "arbol". Sin embargo siempre se encontró una tendencia a guardarse las relaciones entre ellas.

- 2º) La tendencia a la parafasia existe en el sujeto normal cuando no lleva a cabo un estricto control consciente entre el mundo de lo real y el de lo verbal, que quedan así como desfasados y surgen las desviaciones significativas en la dirección de lo metafórico y sobre todo de lo metonímico. Un desfase mayor daría lugar a las respuestas sin aparente relación, donde intervendrían motivaciones muy personales empleadas como cauce de conocimiento de la personalidad en tests proyectivos del tipo del ROSCHACH. La metonimia brindaría mayores posibilidades de desplazamiento lingüístico que la metáfora, y de ahí su más amplio empleo como se demuestra en el mayor número de respuestas recogidas de este tipo.
- 3º) Determinadas imágenes facilitarían este desplazamiento lingüístico al no corresponderles de entrada una sola palabra claramente denominadora, como en "viejo" o "vaca", o por desencadenar con mayor facilidad distintos mecanismos emocionales de índole personal como se pudo apreciar ante "cuchillo". Por otra parte no hay que olvidar que frecuentemente no hay equivalencia exacta y exclusiva entre las cosas o fenómenos del entorno y su traducción con palabras o incluso frases completas. Cada idioma utiliza vocablos no

absolutamente superponibles con los de los demás y lo mismo pasa con las acepciones. En la lámina "hombre", por ejemplo, la denominación unívoca no resulta absoluta y por ello se admitieron como denominaciones del nombre real las palabras hombre, viejo y anciano indistintamente.

- 4º) La distinción entre parafasias metafóricas y metonímicas, en la que tanto insiste JAKOBSON, es más bien una consideración teórica basada en un intento de polarizar dualmente las posibilidades de acción del S.N.C. Todas las parafasias son realmente metonímicas y la metáfora no sería más que una variedad de aquellas. Las parafasias serían un mecanismo compensador, en los casos en los que no tiene lugar la secuencia pensamiento-concepto-nombre correcto éste es sustituido por una asociación secundaria. ARISTOTELES fue el primero en estudiar las asociaciones de palabras y admitía los mecanismos de similaridad, contraste y contigüidad afirmando que todos eran reducibles al último. VAN BIERVLIET admite otras formas como la fonética semejante, el aspecto gráfico o el número de sílabas similar. En el parafásico todos estos modos de acción estarían presentes y particularmente autónomos. Hay que tener en cuenta que la asociación verbal para una palabra estímulo inductora (o concepto, o pensamiento) desencadena normalmente unas palabras preferentemente por la culturización, por el factor uniformizador representado por el lenguaje desarrollado y por la indemnidad de las funciones mentales superiores. Así se logra una economía de esfuerzos y una mayor rapidez de respuesta. En el afásico el deterioro lingüístico e incluso intelectual desplazaría o bloquearía las palabras preferentemente inducidas y las sustituiría por otras de segundo orden de preferencia

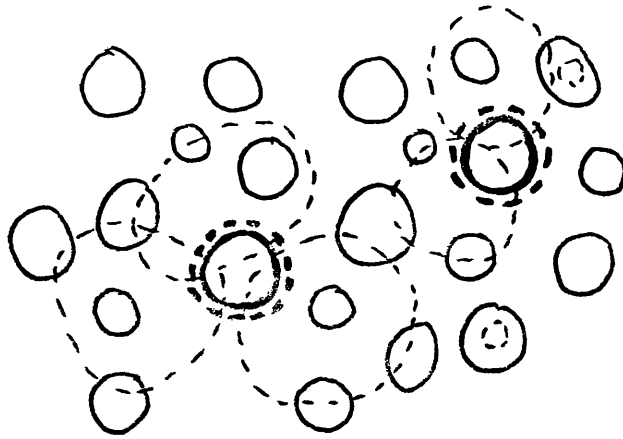
o lo que es lo mismo, por parafasias.

- 5º) Desde el punto de vista gramatical se apreció un claro pre dominio de los sustantivos o adjetivos sustantivizados. El empleo del sustantivo es más fácil, seguramente por estar más ligado a lo concreto e inmediato, más abordable por los entidos corporales directamente. Ello también depende en parte de la naturaleza del estímulo, de manera que en algunas láminas se recogieron mayor número de verbos, como en "cuchillo" (el 18,6 %), y en otras pasa algo parecido con el adjetivo como en "gafas" y "silla" (con un 6,9 %) frente a "arbol" donde no se recogió ninguno. Hay que tener en cuenta de todas formas que la propia naturaleza de las láminas facilitaba las respuestas de sustantivos al tratarse de figuras concretas y cotidianas.
- 6º) El estudio de la segunda palabra pronunciada da resultados parecidos. Hay una disminución apreciable de las respuestas con el nombre real, lo que es lógico ya que la primera asociación verbal parece facilitarla. Consecuencia de ello es un aumento de las desviaciones lingüísticas en algunas láminas muy polarizadas a la metonimia en "arbol" y "hom-bre" y a las relaciones ocultas o poco claras en "cuchillo". Se observa un incremento claro y llamativo de esta última modalidad de respuesta en todas las láminas sin excepción, con lo que resulta que estas segundas palabras acentuarían el desfaseamiento de los dos sistemas de señales, Gramaticalmente continúan predominando los sustantivos.
- 7º) Pese a la abundancia de desviaciones lingüísticas el número de palabras empleado no está muy disperso y se repiten con regularidad las mismas denominaciones. Estos resultados contrastan con los parafásicos de los afásicos mucho menos

homogéneos por razones apuntadas ya en el anterior 4º apartado.

8º) Relacionando lo hasta aquí expuesto con el problema de la reeducación de la afasia, cabe establecer los siguientes puntos prácticos:

- Las parafasias no denotan una patología excesivamente grave del lenguaje por cuanto presentan semejanzas con fenómenos normales y no suponen un total divorcio entre el significado y el significante, sino una desviación. Son además una prueba de la conservación de la fluidez elocutiva y de la existencia de respuesta ante el estímulo a la inversa de lo que ocurre en las anomías. Por eso deben facilitarse, estimularse y corregirse.
- Su reeducación se hará concienciando al paciente en el real significado de la palabra empleada por él y la ulterior búsqueda de la correcta. Interesa establecer las diferencias entre ambas introduciéndose los comentarios pertinentes.
- Se encuentra una mayor facilidad reeducadora en los sustantivos. Se contará siempre con el refuerzo que brindan las informaciones polisensoriales del primer sistema de señales.
- Se cuidarán los aspectos comprensivos ya que hay desviaciones metonímicas en la interpretación de la información en no pocos pacientes.



Las palabras, en la figura representadas por círculos de líneas discontinuas, se superponen operacionalmente en el lenguaje a los objetos y las ideas, representados por círculos de línea continua. Sin embargo no hay una exacta correspondencia entre ambos. Algunas palabras abarcan solamente una porción o aspecto del objeto o pensamiento que tratan de expresar y otras, por el contrario, encuadrarían a varios. De esta manera se explica la existencia de nexos o semejanzas metafóricas y metonímicas entre los elementos correspondientes a ambos planos superpuestos. En el caso de las afasias con respuestas parafásicas estaría rota la asociación entre la palabra y el objeto que mayores correspondencias tuvieran entre sí, y que en el dibujo aparecen con trazos más gruesos, pero no el resto.

FREIR

Reir

En ocasiones las parafasias surgen como consecuencia de un parecido estructural con la palabra original. En el caso que se reproduce el paciente leyó una lista de palabras varias y al llegar a "freir" la cambió por "reir". Al hacerle escribir la misma lista, copiandola, insistió en el mismo error. El sujeto tenía una aceptable fluidez verbal y capacidad de autoconcienciación por ello al decirle que corrijiere lo que había hecho no encontraba el fallo ya que "reir" es una palabra significativa ante la que no era capaz ver ningún disturbio a la inversa de lo que sucedía cuando cometía otras parafasias no significativas.

unas veces

unas veces

pensativo

pensativo

Las posibles faltas de ortografía por mala escolarización a veces no son tales sino verdaderas paragrafias literales. Aquí se recogen dos ejemplos "unas veces" y "pensativo" que fueron escritos por el mismo paciente con intervalo de unas semanas y en donde la versión correcta se acompaña además de una mayor perfección en la ejecución de los trazos de la escritura en sí. Se trataba de ejercicios de dictado.

9.- IRREPETICIONES.

Se ha descrito como síntoma típico de un determinado tipo de afasia, la de conducción, la imposibilidad de repetir aquello que previamente ha escuchado el sujeto. Pero hay también una reducción del lenguaje espontáneo, que además presenta abundantes parafasias y paragrafias, y de la comprensión en menor grado, aun cuando autores como LIEPMAN, PAPPENHEIM, KLEIST creen que ahí radica el disturbio básico responsable del cuadro. Según ello la afasia de conducción se continuaría, a efectos de localización descriptiva, con la afasia de WERNICKE, autor que fue el primero en describirla aunque de modo teórico. Las especulaciones sobre la existencia de esta modalidad, también llamada central de GOLDSTEIN, no hacen más que subrayar las dificultades de un gran número de afásicos para repetir lo que escuchan con independencia de que el síndrome que sufren sea o no catalogado bajo esa denominación.

Para KONORSKI en la irrepetición hay una interrupción de las conexiones condicionadas auditivo-verbales, lo cual en el fondo se acerca, aunque explicado de un modo diferente, a las concepciones clásicas en las que se describía como una sección de las asociaciones entre los centros de las imágenes sonoras y las motrices para las palabras articuladas (GESCHWIND). Desde otra perspectiva la irrepetición sería un disturbio del lenguaje interior o, más concretamente, de la adecuación entre éste y el exterior o articulado en el que las palabras se presentan como una seriación sucesiva de elementos (deterioro a este nivel según CONRAD) pero exigiendo una vigencia simultánea de todo el mensaje para que éste adquiriera su valor comunicativo real (deterioro a este nivel según GOLDSTEIN).

KINSEOURNE ha descrito en relación con este trastorno la

concominancias que tiene con el de la "sobrecarga", entendiéndose por tal el aumento rápido de las latencias para las repeticiones y el empeoramiento general del rendimiento cuando un afásico debe enfrentarse a varias palabras a la vez. WARRINGTON, por su parte, llama la atención sobre la existencia de un déficit de la memoria auditiva a corto plazo. TZORTIS y ALBERT se aproximan a las concepciones de CONRAD y GOLDSTEIN cuando lo interpretan como un fracaso de la capacidad de hacer uso oportuno de las secuencias fonéticas de las palabras. DENSON descubre una coincidencia de la irrepetición con la apraxia ideomotriz en los mismos pacientes.

La alteración que estamos examinando debe diferenciarse de otras en las que el paciente ve muy reducida su expresividad verbal general como sucede en las formas varias de afasias expresivas o motoras, incluida la anartria clásica, en las que el sujeto no repite lo que le pedimos pero espontáneamente tan poco dice nada. BROWN pone de relieve que en las genuinas formas de irrepetición como trastorno específico hay una sustitución de la expresión deseada por parafasias, neologismos, errores, ecolalia o anomía. Otros autores diferencian, en cuanto a gravedad o profundidad del disturbio, la imposibilidad de repetir sonidos, sílabas, palabras y frases de diferente longitud, estructuración gramatical y frecuencia de uso cotidiano coloquial. A veces el defecto se subsana totalmente o en parte si facilitamos la respuesta suministrando un fragmento, más o menos extenso de la misma.

Así pues, hay que tener en cuenta que el fenómeno de la irrepetición si bien es patognomónico, cuando aparece como único disturbio, de la que ha venido en llamarse afasia de conducción sin se encuentra de forma más o menos llamativa e intensa en otras modalidades afásicas. Su existencia, en cualquier caso, dificul

ta considerablemente la estrategia reeducadora de los demás trastornos.

Se ha querido ver un paralelismo entre la irrepetición afásica y las dificultades de repetición de fonemas e incluso palabras que encontramos en etapas primeras de la ontogenia del lenguaje infantil. En efecto, el niño encuentra escollos en la repetición de las palabras, sobre todo largas e infrecuentes, que escucha durante una etapa considerable de su maduración lingüística pese a ser éste el mecanismo básico que le lleva a dominar el uso de las palabras. Por otro lado, y al igual que en el afásico, la focalización de la atención frente a lo que pretendemos que repita se escapa frecuentemente y cabría preguntarse hasta qué punto la escala de prioridades motivacionales en un determinado momento influyen en la repetición.

Hay unos factores que actúan en el sujeto normal, a la hora de repetir frases o listas de palabras, y que han sido estudiadas por FROBES. En el afásico estarían también presentes e incluso con mayor relieve. Son los siguientes:

- Los errores son más frecuentes hacia la mitad del texto. Hay mejor retención mnésica de las primeras y últimas palabras de una lista. La parte central se omite o deforma más, con lo que surgen incluso parafrasis silábicas, literales y nominales.
- Los nombres familiares quedan fijados mejor. Los inventados o sin sentido peor y con mayor facilidad de formación de parafrasis.
- Influye mucho la fuerza y duración del estímulo.
- La focalización de la atención, la concentración en la tarea, es muy importante.
- Es imprescindible una buena comprensión y discriminación fonética. Ello se facilita así:

1º: Hablando despacio, con una correcta articulación y entonado

cañión prosódica.

- 2º: Fragmentar la palabra, o frase, en sílabas o en otro tipo de unidad.
- 3º: Asociar la palabra al objeto o a su representación gráfica o escrita, efectuar otras asociaciones secundarias incluso arbitrarias.
- 4º: Buscar la agrupación de las palabras integradas en una temática general o que convencionalmente se establezca.

LURIA, RAPAPORT y KLIMKOVSKY han estudiado una modalidad especial de irrepetición afásica. Consiste en la imposibilidad de repetir series de sílabas y palabras, o frases algo largas, cuando se perciben a través de la audición, cosa que no sucede cuando se le preguntan al sujeto nombres de imágenes visuales o letreros. El defecto solo permite, como máximo decir la primera o la última palabra. Los autores consideran que el fenómeno sería debido a una alteración de la memoria audio-verbal como consecuencia de una inhibición mútua, patológica, de cada señal acústica respecto a la siguiente. Según esto el modo de contrarrestarla es el de aumentar los intervalos entre cada palabra lo suficiente para que la indicada inhibición no actúe. Poco a poco se irían acortando estas pausas. También es interesante la cuidadosa programación, en cuanto al número y el tipo de sílaba o palabra, de las series de nombres, así como la asociación de estímulos visuales a los auditivos para aprovechar los efectos excito-inductores que puedan tener.

10.- DISPROSODIA Y TRASTORNOS VARIOS DE LA ENTONACION.

En condiciones normales al hablar hacemos uso de una especial musicalidad o entonación que nos facilita la matización significativa y la intencionalidad final de la frase. También sirve para facilitar las conexiones entre las diferentes oraciones del discurso hasta el punto que, según MEILLET y BALLY, es posible prescindir de determinadas palabras, y sobre todo partículas gramaticales, que actúan como elementos de conjunción. El lenguaje coloquial es distinto al literario precisamente por la utilización de un gran número de inflexiones entonativas.

Los valores semánticos de la prosodia y la entonación no son espontáneos, y requieren un proceso de aprendizaje que corre paralelo al de la adquisición de palabras y conceptos por el niño el cual, por otro lado, durante sus etapas imitativas a veces trata de reproducir no la fonética sino la musicalidad de las palabras. Su complejidad y subordinación al código lingüístico, al que matizan y completan, explican su deterioro en las afasias y es por ello un aspecto a estudiar siempre. Es frecuente que el afásico emplee un tono de voz monótono e inexpressivo. Otras veces por el contrario la entonación está más conservada que el mensaje verbal propiamente dicho y trata con aquella de compensar la inferioridad de éste.

En general, la entonación adecuada acompaña a aquellas manifestaciones verbales que el paciente comprende bien y utiliza con un buen grado de concienciación; sin embargo no siempre es esta la regla quizás por la distinta carga semántica que un mismo vocablo puede tener para un afásico y un sujeto normal. Algunas jergafasias tienen una gran riqueza entonativa. Todo esto pone de manifiesto el aspecto disociativo que encontramos en mu

chas afasias.

RONRAD-KOHN describió la disprosodia o dificultad o fracaso de acentuar correctamente las palabras para darles la tonalidad necesaria para hacerlas plenamente comprensibles. Esta alteración se exterioriza tratando de que el paciente exteriorice distintos estados de ánimo y de que recite palabras en las que la acentuación es muy característica y necesaria para que resulten inteligibles. LHERMITTE encuentra varias modalidades disprosódicas correspondiendo cada una a un modo de pronunciación que recuerda determinados idiomas extranjeros. Conviene distinguir, de todas las maneras, los genuinos disturbios disprosódicos de los entonativos generales de cada frase. Esta última variedad expresiva, junto con la mímica y gestual, fueron agudamente valorados desde la antigüedad constituyendo lo que CICERON calificó de elocuencia exterior.

La citada elocuencia exterior estaría especialmente comprometida en la que LURIA describió como afasia dinámica, en la que hay una pérdida de la iniciativa para comenzar a hablar espontáneamente, frente a una mejor conservación del lenguaje reactivo. Se aprecia un empobrecimiento entonativo o "dificultad de euforia" para matizar, sobre todo, los verbos de acción. También ha recibido el calificativo de "anemia verbal" esta degana elocutiva que se encuentra también en los pacientes con lesiones del lóbulo frontal.

En suma, los trastornos disártricos, disprosódicos y entonativos del afásico coadyuvan, en mayor o menor grado, en potenciar el déficit expresivo verbal. En algunos se llega incluso a ser poco menos que imposible elevar el tono de voz y gritar (se ve en anártricos severos), en otros la dificultad mayor radica en no poderse cambiar la velocidad elocutiva, ni enlentecerla ni acelerarla. Todos estos disturbios estarían quizás algo

emparentados con las amusias por lo que los ejercicios reeducadores de éstas tendrían aquí validez. Otras actividades consistirán en audición y repetición de cambios modulativos del habla, rememoración o representación de situaciones que provoquen cambios anímicos varios, lectura de diversos tipos de frases dando les el tono adecuado y flexibilización de la intensidad de la voz.

11.- AFRAxia BUCO-LINGUO-FACIAL.

Se ha relacionado con la anartria y las afasias motoras, de BROCA, en las que tendría una repercusión decisiva (LIEPMAN, BALLEET, ALVES). Indudablemente es responsable del síndrome de desintegración fonética de ALAJOUANINE.

Es por lo general bilateral, aunque se acompañe de hemiparálisis o hemiparesia facial. Hay casos poco intensos pero en otros ni es posible soplar o sacar la lengua, pueden verse solo afectados los movimientos articulatorios. También se afecta la gesticulación facial para determinados gestos y visajes o para ejecutarles velozmente. Se asocia a trastornos agnósticos y apráxicos de otra localización, incluida la asomatognosia, todo lo cual supone un gran inconveniente sobreañadido a la propia afasia cuya reeducación precisa así una etapa previa prelingüística. ALAJOUANINE se refiere a cuadros en los que la regresión apráxica no modificó la afasia lo que sugiere su independencia mútua. Pero la sintomatología que comentamos parece de algún modo influir sobre el lenguaje sobre todo en su aspecto más instrumental.

Las praxias de boca y lengua imposibles bajo orden verbal, son sin embargo posibles espontánea, automáticamente o bajo determinadas condiciones de motivación emocional. Hay descritos al respecto casos curiosos como la afagopraxia o apraxia para la deglución de POUSSHP y LEVIN. Algunas apraxias buco-linguo-faciales están descritas aisladas, sin afectación articulatoria (ARNDT, BONVICINI) pero son criticadas por otros autores como OMBREDANNE.

No hay que olvidar que a la hora de la valoración habrá que tener en cuenta defectos comprensivos concominantes que, de existir, impidan la ejecución de una orden por mala interpretación.

La reeducación de la apraxia buco-linguo-facial se efectuará mediante la ejecución, con las ayudas necesarias, de una lista de ejercicios de complejidad progresiva que más adelante se especifican y que se continúan con otros más culturalizados y significativos por ser de carácter gestual y mímico. También se asociarán a todos aquellos que hacen referencia al perfeccionamiento del esquema corporal.

Todos los ejercicios que se recogen tienen igualmente su indicación cuando hay trastornos motores de la lengua o hemicara. Se harán, como principio general, aprovechando inicialmente las respuestas automatizadas. Luego se pasará a lo imitativo y voluntario mediante ayudas manuales, guialenguas y depresores de la misma. Se harán ante espejo. El último grado de complejidad radica en concatenar varias asociaciones sucesivas cambiando luego el orden de las mismas. Se pueden dar mensajes por escrito o indicaciones gráficas con dibujos que hagan relación a ciertas acciones.

Muchos de esos ejercicios facilitan la emisión de fonemas que el paciente era incapaz de emitir, incluyéndose aquí los mutismos totales. Pero hay para ellos otros procedimientos, SCHUELL recomienda al respecto empezar por la vocal "A" para lo cual se procede a efectuar tandas de 10 intentos consistentes en que el afásico se presione con la mano la cara anterior del cuello, a nivel de la laringe, mientras le abrimos la boca y presionamos ligeramente el torax diciendole el sonido "A". Una vez logrado se pasa a decir series como: "A" - "A", "A" - "A" - "A" y "A" - "A" - "A" - "A", procurando introducir un sonsonete y proporcionando señales complementarias como presiones en algún punto del cuerpo o mostrándole el correspondiente número de dedos. DIETZE aconsejé pasar luego a la "O", a la "U" y finalmente "E" e "I"

seguidas de "H", "B", "P", "F", "D", "T", "L", "M", "G", "C" y "J", aunque realmente una vez logrados los primeros sonidos es mejor pasar a decir palabras. Otras maniobras facilitadoras son las gárgaras y garraperas para la "G" y "J", el chistar y sisear para "CH" y "S" y el escupir para la "P". Aunque no se trata propiamente de una de estas praxias, sino más bien de una acción de musicalidad, habría que incluir en esta metódica reeducadora los tarareos de canciones con los fonemas "T", "L" y "P".

LURIA considera que la reeducación de este cuadro se presta muy bien al empleo de los métodos de reorganización inter e intrasistémica. Se conoce con el nombre de reorganización intersistémica aquella en la que un acto nervioso abolido se traslada a un sistema funcional diferente del primitivo. Reorganización intrasistémica sería, en cambio, aquella en la que se trata de conservar todo lo más posible el sistema funcional dañado, pero el acto a reestablecer se sitúa en un nivel de organización superior o inferior al primitivo, es decir se le desplaza hacia lo más automático o lo más consciente. La acción de soplar, para así lograr la "P", sería un ejemplo de la primera modalidad, y dentro de la segunda nos encontramos que esta maniobra la podemos intentar a un nivel muy elemental, como apagar una cerilla que nos quema los dedos, o muy consciente si lo pedimos por orden verbal o escrita. En la práctica estas técnicas se utilizan mezcladas, en los siguientes procedimientos:

- Aprovechar praxias más primitivas que las estrictamente verbales para a partir de ellas lograr los fonemas.
- Buscar el camino de la concienciación a través de explicaciones como las visuales (empleo de espejos, de la propia cara del terapeuta), táctiles (autopalpación, o a otra persona, de las vibraciones o de las posiciones de los órganos fonatorios)

auditivas o incluso mediante esquemas y diagramas acerca del modo como se logra emitir cada fonema.

-Provocar, por vía refleja, la aparición de cualquiera de las praxias a que se refiere el primer apartado para integrarlas en la esfera verbal.

Es frecuente que se logre más de un fonema, siempre que sean semejantes, a partir de una praxia aunque, como contrapartida, el sujeto inicialmente los confunda (como "T" y "D" a partir de morder la punta de la lengua). La perseverancia en los ejercicios y la discriminación auditiva acaban por delimitar a cada uno. Las palabras apófonas se prestan a ello.

Ciertos pacientes alcanzan una aceptable perfección articulatoria para los fonemas aislados pero encuentran dificultades cuando hay que pasar rápidamente de una sílaba a otra. Es por desequilibrios en el juego excitación-inhibición neuronal que da una inercia patológica. Para contrarrestarla se recomienda que el sujeto considere a cada sílaba por separado, como si no formasen parte de una determinada palabra, o que trate de asociarla con otra praxia no verbal. Otras veces se logra agilizar la articulación de fonemas o sílabas-problema pronunciando palabras de uso muy frecuente que las contengan y a partir de ellas pasar a las demás.

Seguidamente se recoge una lista de las praxias buco-linguofaciales de uso más frecuente:

- Abrir y cerrar la boca. Imitar la masticación.
- Sacar la lengua, meterla, desplazarla arriba, abajo, derecha e izquierda, morderla, doblarla.
- Propulsar los labios, enseñar los dientes, relamerse.
- Desplazar la mandíbula lateralmente.
- Desplazar la lengua en distintas direcciones siguiendo un caramelo o un chupa-chups.
- Sujetar un pequeño objeto entre los labios, hacer fuerza con ellos para que se sesalga si tiramos de él.
- Desplazar lateralmente un pequeño objeto con los labios, al principio un depresor de lengua para hacer más ostensibles los movimientos. Torcer la boca libremente.
- Abrir la boca y tocar con la lengua el paladar, desplazarla sin perder el contacto.
- Pasar la lengua de uno a otro carrillo. Disponerla entre el labio, superior e inferior, y la encía.
- Con la boca un poco abierta empujar desde atrás los dientes superiores e inferiores.
- Hinchar los carrillos. Desplazar el aire de uno al otro.
- Toser. Garraspear. Escupir. Hacer gargarismos. Tragar.
- Sorber. Soplar. Burbujear un líquido a través de una pajita. Besar. Suspirar. Bostezar.
- Inspirar y espirar por la boca, por la nariz, cada movimiento respiratorio por uno de estos órganos.
- Chasquear la lengua. Chistar. Sisear. Silbar. Runrunear.
- Abrir y cerrar los ojos. Guiñarles. Asociarlo a otros movimientos.
- Arrugar el entrecejo, la frente, elevar una ceja, fruncir la nariz. Asociar estos movimientos a otros de los descritos.

12.- TRASTORNOS ARTICULATORIOS.

En el afásico no es infrecuente encontrar trastornos articulatorios. MUÑOZ SOTES se refiere a la dificultad de establecer una nítida frontera entre los disturbios estrictamente afásicos y los correspondientes a ciertas disartrias corticales. En este último término, y constituyendo su exponente máximo, se podría alinear la anartria de PIERRE MARIE. Existe un campo muy amplio con zonas de transición muy paulatinas entre disartrias de localización lesional cortical y las afasias (sobre todo aquellas con parafasias literales), la exploración cuidadosa lo pone de relieve.

ALAJOUANINE, DURAND y OMBREDANNE describieron el llamado síndrome de "desintegración fonética", al que relacionaron con ciertos estadios evolutivos del lenguaje infantil. Está constituido por tres tipos de disturbios interrelacionados:

- a) Trastornos paralíticos de los músculos fonatorios, que predominarían en un principio.
- b) Trastornos distónicos.
- c) Trastornos dispráxicos, de los que ya nos hemos ocupado al hablar de la apraxia buco-linguo-facial.

En todos ellos habría una hipersinergia de estos músculos que impediría la realización discriminada de los movimientos correspondientes a la emisión de fonemas. SAEOURAUD hace referencia a otros trastornos fonéticos que denomina "sobrecargantes" o de "inestabilidad fónica" y que originaría bien una variación intrafónica o una confusión fonemática en las emisiones, aparte describe los trastornos de encadenamiento fonemático que surgirían al tener que expresar el sujeto palabras en oposición fonológica.

Los disturbios articulatorios del afásico no son constantes

para todos los fónemas y momentos. Unas palabras las articula mal pero otras, con el mismo fonema aunque en distinto contexto fónico, bien. Análogamente ciertas expresiones automatizadas se emiten correctamente. Las palabras polisílabas y las que tienen sinfonas serían las más afectadas.

TORRES DE GASSÓ afirma que en el síndrome de desintegración fonética hay perturbaciones y disarmonías de la voz, habla y lenguaje, aun cuando parece depender más directamente del control incorrecto de labios, lengua y paladar, las cuerdas vocales intervienen en menor medida por cuanto que tienen un control bilateral más estricto.

Los trastornos articulatorios son susceptibles de reeducación con ayuda de listas de palabras en las que aparece un determinado fonema en distintos contextos fonicos. Con ellas se organizarán actividades de:

- Facilitación articulatoria. Detección y corrección de parafasias literales y silábicas.
- Corrección de la lectura y escritura al dictado, espontánea y de copia.
- Perfeccionamiento de las capacidades repetitivas, previa audición al terapeuta o tras lectura.
- Investigación y estimulación de la comprensión conceptual de las palabras recogidas.
- Invención de frases, como actividad creadora libre o con ciertas ayudas gramaticales o temáticas.
- Incremento de la fluidez verbal mediante la enumeración o fijación mnésica de grupos de ellas.

Las agrupaciones de palabras no deben ser arbitrarias sino de acuerdo a ciertos criterios clasificatorios fonéticos y significativos. Pueden ordenarse las palabras, para cada fonema, en tres grupos del siguiente modo:

- I) Palabras muy usuales y cortas.
- II) Palabras de más compleja significacion y estructura.
- III) Palabras incluso raras o infrecuentes en las que se busca que el fonema este asociado de todas las formas posibles (sílabas directas, inversas, sonfones simples y complejos, etc.).

I:

| | | | |
|-------|-------|--------|-------|
| SILLA | SUBLO | SAL | SOBRE |
| SUR | OSO | SELLO | SECO |
| SABLE | SED | SARTEN | |
| SEXTO | SALSA | SANDIA | |

II:

| | | | |
|----------|----------|------------|---------|
| SIESTA | SECO | SESO | SIXTO |
| SABADO | SUCIO | SEDA | SILLON |
| SISA | SUSPENSO | SALA | SENSUAL |
| ASCENSO | SUCESO | SUCURSAL | SUBASTA |
| SENSIBLE | SUCESION | SATISPECHO | SANSON |
| SATANAS | SOSO | SOMBRA | ASISTIR |

III:

| | | | | | |
|------|-----|-----|-----------|----------|-----------|
| SA | SAS | SAR | SAPO | SASTRE | BESAR |
| SE | SES | SER | SEO | POSES | SERPIENTE |
| SI | SIS | SIR | SILO | SISTEMA | SIRVIENTE |
| SO | SOS | SOR | SOLO | SOSPECHA | SORTIJA |
| SU | SUS | SUR | SUECO | SUSTO | SURTO |
| SAL | SAN | AS | SALTO | SANTO | ASPERO |
| SEL | SEN | ES | SELVA | SENDA | ESTE |
| SIL | SIN | IS | SILBAR | SINTESIS | ISLA |
| SOL | SON | OS | SOLSTICIO | ASOMBRO | OSCURO |
| LUS | SUN | US | PALUSTRE | ASUNCION | USTED |
| RAS | LAS | NAS | RASTRO | LASTRE | SANAS |
| RES | LES | NES | RESTO | GOLES | PANES |
| RIS | LIS | NIS | RISCO | LISTO | ANIS |
| ROS | LOS | NOS | ROSTRO | BOLOS | MENOS |
| RUS | LUS | HUS | RUSTICO | LUSTRE | VENUS |
| CAS | FAS | JAS | CASCO | GAFAS | RAJAS |
| QUES | FES | GES | TOQUES | CAFES | GESTO |
| QUIS | FIS | GIS | EQUIS | FISTULA | REGISTRO |
| COS | FOS | JOS | COSTRA | FOSFORO | AJOS |
| CUS | FUS | JUS | CUSTODIA | OFUSCADO | JUSTICIA |

I:

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| RATA | ROSA | RISA | ROJO |
| RAMA | CARRO | TORRE | BRAZO |
| BARRO | RABO | RADIO | GERRO |
| RAIZ | RIO | ARBOL | |
| CARTA | ARO | CARA | |
| GORDO | TORO | PERA | |

II:

| | | | |
|------------|---------|---------|----------|
| ROSARIO | ARROJAR | RECOGER | ARRASAR |
| RURAL | REZAR | ARMAR | ARRANCAR |
| ARRINCONAR | HARTAR | APARCAR | PARRA |
| RARO | RAYO | ARAÑAR | ARREAR |
| RASTRO | RESTAR | RISTRA | ROSTRO |
| RUPTURA | RECTO | REMO | ARDER |

III:

| | | | | | |
|-----|------|-----|---------|-----------|-----------|
| RA | RAR | AR | RASO | CERRAR | ARMA |
| RE | RER | ER | REJA | BARRER | HERMANO |
| RI | RIR | IR | RICO | HERIR | IRSE |
| RO | ROR | OR | ROJO | HORROR | ORDEN |
| RU | BUR | UR | RUIDO | BURDO | URGENCIA |
| CAR | BAR | PAR | CARCEL | BARBARO | PARTO |
| COR | BCR | POR | CORDERO | BORDE | PORCHE |
| CER | VER | PER | CERCA | VERSO | PERDER |
| CIR | VIR | PIR | CIRCULO | VIRGEN | ESCUPIR |
| ZUR | BUR | PUR | ZURCIR | BURDO | PURGAR |
| FAR | NAR | NAR | FARDO | AMARGO | NARDO |
| FER | MER | NER | FERTIL | COMER | NERVIO |
| FIR | MIR | NIR | FIRME | EMIR | VENIR |
| FOR | MOR | NOR | FORTUNA | AMOR | NORTE |
| FUR | LUR | RUN | FURTIVO | MURCIA | RUNRUNEAR |
| ZAR | CHAR | DAR | AZAR | ENCHARCAR | DARDO |
| ZOR | CHOR | DOR | AZOR | MELCHOR | DORMIR |

I:

| | | | |
|-------|--------|-------|-------|
| MOGA | LAPIZ | LUZ | ALA |
| HILO | COLA | LOLA | LETRA |
| LIMON | LENGUA | LUNA | |
| LABIO | PELO | LUNES | |

II:

| | | | |
|--------------|------------|------------|---------|
| LILA | LATERAL | LAUREL | LEAL |
| LEBREL | LEÑA | LOCUELO | LEGAL |
| LETAL | LITORAL | LATERAL | LELO |
| LEGISLAR | LIBELULA | LANA | LIBERAL |
| LONGITUDINAL | LUCHA | LENTEJUELA | LIBRE |
| LAGRIMAL | LAMENTABLE | DATA | ALVEOLO |
| ALBAÑIL | ALCALI | ALCALDE | ALCOHOL |

III:

| | | | | | |
|-----|-----|-----|----------|---------|-----------|
| LA | LAS | LAR | LAGO | PERLAS | LARGO |
| LE | LES | LER | LEON | BAILES | LERDO |
| LI | LIS | LIR | LIO | LISTO | IMPELIR |
| LO | LOS | LOR | LOMO | CARLOS | VALOR |
| LU | LUS | LUR | LUTO | LUSTRE | LURDES |
| AL | TAL | SAL | ALMA | TALCO | SALDO |
| EL | TEL | SEL | MARCEL | HOTEL | SILVA |
| IL | TIL | SIL | GIL | FERTIL | SILBAR |
| OL | TOL | SOL | OLMO | TOLDO | SOLDADO |
| LAN | EAL | FAL | LAMPARA | EMBALSE | FALDA |
| LEN | BEL | FEL | LEPTE | BELDAD | FELPA |
| LIN | BIL | FIL | LINTERNA | BILBAO | FILMAR |
| LON | BOL | COL | ALONSO | BOLSO | COLCHON |
| BLA | PLA | CLA | BLANDO | PLATO | CLAVO |
| BLE | PLE | CLE | NOBLE | PLEGAR | CLEOPATRA |
| BLI | PLI | CLI | OMBLIGO | PLISAR | CLIENTE |
| BLO | PLO | CLO | BLOQUE | PLOMO | CLOTILDE |
| BLU | PLU | CLU | ABLUCION | PLUTON | CLUECA |

I:

| | | | |
|-------|--------|--------|------|
| BOGA | BANCO | BALON | BABA |
| BESO | BASTON | BOTA | |
| BAÑO | BOBO | BAJO | |
| BOLA | BICHO | BAÑO | |
| BARRO | BOMBA | BLANCO | |

II:

| | | | |
|------------|----------|----------|---------|
| BABOSA | BOFETADA | BLOQUE | BRIBÓN |
| BAYETA | BACTERIA | BALLENA | BREBAJE |
| BARAJA | BALTASAR | BEBEDOR | BRONCE |
| BUENO | BALANZA | BAJAR | BURBUJA |
| BOTIJO | BANDERA | BARRER | BABERO |
| BUTANO | BOBADA | BARBERIA | BEBER |
| BIBLIOTECA | BABUCHA | BUZO | |

III:

| | | | | | | |
|-----|------|------|---------|----------|-----------|-----------|
| BA | BAR | BAN | BALA | BARBA | BANDA | BOMBARDEO |
| BE | BER | BEN | BEBO | BERMEJO | BENDITO | BERTA |
| BI | BIR | BIN | BILIS | BIRLAR | BOMBIN | BILLETE |
| BO | BOR | BON | BOA | BORDE | BONDADOSO | BOMBON |
| BU | BUR | BUN | BUQUE | BURBUJA | BUNKER | BUITRE |
| BAS | BAL | BLAS | BASTO | BALCON | BLASCO | BLASFEMIA |
| BES | BEL | BLES | BESTIA | ISABEL | DOBLES | BABEL |
| BIS | BIL | BLI | BISTEC | BILBILIS | BLINDADO | BLINDAR |
| BOS | BOL | BLO | BOSTEZO | BOLSA | BLOQUE | BOSQUE |
| BUS | BUL | BLU | AUTOBUS | BULTO | BLUSA | BUSCAR |
| BRA | BLA | BRAL | BRAVO | BLASON | UMBRAL | BRAZO |
| BRE | BLE | BREL | BREVA | DOBLEZ | LEBREL | BREZO |
| BRI | BRIN | BRIL | BRILLO | BRINCO | ABRIL | BRINDAR |
| BRO | BLON | BRON | BROCHA | TABLON | BRONCA | BROCHE |
| BRU | BRUZ | BIZ | BRUJA | BRUSCO | BIZCOCHO | BIZCO |

| | | | |
|------|--------|---------|---------|
| VAGO | VACIO | VAPOR | VASO |
| VELA | VELO | VENDA | VENDER |
| VER | VESTIR | VIERNES | VINAGRE |
| VOZ | VOLAR | VIVO | VISITA |

| | | | |
|-------|------|-------|-------|
| PAPÁ | PIÑA | PESCA | POLLO |
| PEPE | PISO | PALA | |
| PIPA | PUÑO | POZO | |
| PEÑA | PICO | PERA | |
| PAPEL | PIÑO | PASO | |

II:

| | | | |
|---------|---------|---------|----------|
| PEGADO | PAPILLA | PIEZA | PERSONA |
| PUERTA | PIPETA | PAPADA | PEPINO |
| APENADO | PULPO | PAPIRO | PINCHO |
| PESADO | PERFIL | PUPITRE | PIEDRA |
| FISADA | PERMISO | PALPAR | PAPELERA |
| PIERNA | PINTURA | PICAR | POPULAR |
| PUPILA | PUERTO | | |

III:

| | | | | | | |
|-----|-----|------|---------|-----------|----------|-----------|
| PA | PAR | PRA | PATO | PARTO | PRADO | PACO |
| PE | PER | PRE | PELO | PERLA | PRESA | PELOTA |
| PI | PIR | PRI | PISAR | ESCUPIR | PRISA | PITO |
| PO | POR | PRO | POCO | PORTAL | PROPINA | POLO |
| PU | PUR | PRU | PURO | PURPURINA | PRUSIA | PUENTE |
| PAL | PLA | PLAS | PALCO | PLAZO | PLASTICO | PALMERA |
| PEL | PLE | PLES | PELDAÑO | PLEGAR | CUMPLES | PELMA |
| PIL | PLI | PRIL | PILDORA | PLIEGUE | CAPRIL | PILTRAFÁ |
| POL | PLO | PLOS | POLVO | PLOMO | SOPLOS | PLOMADA |
| PUL | PLU | PUN | PULGA | PLUMA | PUNTA | PUNTAPIÉ |
| PAS | PAN | PRAS | PASCUAL | PANDERETA | COMPRAS | PASTA |
| PES | PEN | PRES | PESCAR | PENDIENTE | PRESTAR | PESCADO |
| PIS | PIN | PRIS | PISTO | PINTO | PRISMA | PISTOLA |
| POS | PON | PROS | POSTRE | TAPON | PROSPERO | POSTURA |
| AP | OP | IP | APTITUD | OPTICA | HIPNOSIS | OPTIMISTA |
| PAC | PEZ | PRIN | PACTO | LOPEZ | PRINCIPE | PRINCIPAL |

| | | | |
|--------|-------|-------|------|
| MAMA | MARCO | HUMO | MURO |
| MESA | METAL | NOTA | |
| MANTEL | METRO | MONO | |
| MALO | MALVA | MOCO | |
| MONTE | MORO | MONJA | |

II:

| | | | |
|-------------|-----------|----------|-----------|
| MANARRACHO | MOMENTO | MARCHAR | MUNICIPIO |
| MANSO | AMARGO | MOLINO | MORCILLA |
| MULETA | MILITAR | MINUTO | MERENGUE |
| MONASTERIO | MERO | ALMENDRA | MONUMENTO |
| IMPEDIMENTO | MARAVILLA | HOMBRO | MURMULLO |
| IMAN | MERMELADA | MOCHILA | MAÑANA |
| MANIA | LIMPIO | MERLUZA | LAMPARA |

III:

| | | | | | | |
|-----|-----|-----|---------|----------|----------|------------|
| MA | MAN | MAL | MAPA | MANDAMAS | MALDECIR | MANDAR |
| ME | MEN | MEL | MERMA | MENTAL | MELCHOR | MELON |
| MI | MIN | MIL | MIMO | CELEMIN | DOS MIL | MIRAR |
| MO | MON | MOL | MONIA | LIMON | MOLDE | MORENO |
| MU | MUN | MUL | MULO | MUNDIAL | MULTITUD | MUJER |
| MAS | MAJ | MAR | MASCAR | LIMAD | MARMOL | MASTIL |
| MES | MED | MER | MESTIZO | LAMED | MERMADO | DOMESTICAR |
| MIS | MID | MIR | MISMO | DORMID | EMIR | MISTERIO |
| MOS | MOD | MOR | MOSCA | MODELO | AMOR | MOSTRADOR |
| MUS | MUD | MAM | MUSLO | TALMUD | MAMPARA | MUSCULO |
| AM | EM | IM | HAMBRE | EMBUDO | IMPERIO | IMPETU |
| MIM | OM | UM | MIMBRE | HOMBRE | HUMBERTO | OMNIBUS |
| CAM | COL | CUM | CAMPO | COMPRAR | CUMPLIR | CAMPANA |

I:

| | | | |
|-------|-------|--------|--------|
| CAMA | COLA | COPA | CAMION |
| CASA | CARRO | CARA | |
| QUESO | CAFE | CACA | |
| CALLE | CAJA | CARNE | |
| CAMPO | COCO | CARMEN | |

II:

| | | | |
|-----------|------------|---------------|-----------|
| CARBON | COLOR | QUEJA | CARCAJADA |
| CARCEL | CUENCA | QUERER | COSCORRON |
| CAMINO | CASCADA | CAMELLO | CRUZ |
| CANASTA | CURA | CABALLO | CORTO |
| CADENA | CONCLUSION | CUENTA | CONCHA |
| CAIDA | CARICATURA | CUÑA | CARDENAL |
| CANARIO | CAMBIO | CARIÑO | LECTURA |
| COSTA | LOCAL | QUIETO | CANAL |
| COCODRILO | CARACOL | CAZAR | CASTRO |
| CACAO | CASCABEL | CONDECORACION | CALCAR |
| CONQUISTA | CONTACTO | CREMA | QUINTO |
| QUEMAR | CARTEL | COMBATE | CONCURSO |

III:

| | | | | | |
|------|------|------|----------|------------|-----------|
| CA | CRA | CAR | CALOR | CRATER | CARGA |
| CO | CRO | COR | COLA | CROMO | CORTE |
| CU | CRU | CUR | CUBO | CRUDO | CURVA |
| CAL | COL | CUL | CALMA | COLMO | CULPA |
| QUE | GRE | QUEL | QUEMAR | CREAR | NIQUEL |
| QUI | CRI | QUIN | QUITAR | CRIMEN | QUINQUE |
| CRC | CRU | CRUS | CROMO | CRUDO | CRUSTACEO |
| CAS | CLA | CRAS | CASCO | CLAVO | LACRAS |
| CAR | CAN | CAL | CARDO | CALDO | CANTO |
| QUES | CRES | CLE | TOQUES | CRESTA | CHICLE |
| CON | CUN | CUS | CONTRA | CUMPLIR | CUSTODIA |
| CLI | CLA | CLO | CLIMA | CLAVE | CLODOVEO |
| AC | EC | OC | ACTOR | HECTOMETRO | OCTUBRE |
| QUIR | QUIL | IC | ESQUIRLA | ESQUILMAR | ICTERICIA |

I:

| | | | |
|--------|-------|-------|-------|
| TAZA | TE | TIO | TORTA |
| TARDE | TOS | TARTA | |
| TRONCO | TORO | TECHO | |
| AUTO | TABLA | TOMÁS | |
| TREN | TELA | TUBO | |

II:

| | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| TAPADERA | TEMBLAR | TRASLADO | TINTO |
| TARRO | TERESA | TRENZA | TERMINAR |
| TAJADA | TERRENO | TEJADO | DETRAS |
| TEJA | TOMATE | TERCO | TRANQUILO |
| TOLEDO | TIRO | TOSTADO | INTERNO |
| TRABAJO | TIERRA | TORTILLA | TRITURAR |
| ATRASO | TINTA | TOPO | TROZO |
| TIJERAS | TONEL | TOSTADA | TURBANTE |
| HOTEL | ATRAPADO | TIBURON | TOSTADA |
| TAJO | TORMENTA | TRIO | TITAN |
| TONTERIA | CARRETERA | TORERO | TÍTERES |
| TELON | TIENDA | ATROPELLO | TÍTULO |
| TRONO | TIEMPO | TUMULTO | TOTAL |

III:

| | | | | | |
|------|------|------|---------|--------|------------|
| TA | TI | TU | TATA | TIPO | TUTE |
| TO | TE | TEN | TODO | TENIS | TENTACION |
| TRA | TRE | TRO | TRATO | TRETA | TROTE |
| TAR | TER | TOR | TARTANA | TERMO | TORPE |
| TAL | TEL | TOL | TALCO | MANTEL | TOLDO |
| TAN | TAS | TRAS | TANQUE | TASCA | TRASTO |
| TRAL | TRAR | TRAN | CENTRAL | ENTRAR | TRANQUILO |
| TIR | TIN | TIZ | PARTIR | BOTÍN | TIZNE |
| TUR | TRU | TUN | TURCO | TRUCO | BETÓN |
| TRI | TRIS | TRIN | TRIPLE | TRISTE | INTRINCADO |
| TREN | TRES | TES | TRENZA | ENTRES | TESTIGO |
| TROS | TRON | TROL | LITROS | TROMPA | CONTROL |
| TON | TOS | TUS | TONTO | VOTOS | IMPETUS |

I:

| | | | |
|-------|--------|--------|------|
| DADO | DIOS | DIENTE | DEDO |
| DIA | DOCTOR | PADRE | |
| DOLOR | DURO | DIEZ | |
| DAÑE | DIABLO | DUCHA | |

II:

| | | | |
|------------|------------|-----------|--------|
| DESTINO | DESDECIR | DUENDE | DANZA |
| DISTRAER | DESENREDAR | DIVIDIR | DUQUE |
| DOCTRINA | DUODENO | DECORAR | DUCTIL |
| DUPLICAR | DECADENCIA | DEMANDA | DEBIL |
| DESDECIR | DECIDIR | DEMÁS | DUDA |
| DESENREDAR | DESIDIA | DENUEDO | DOLAR |
| DOMINGO | DINERO | DES DEN | DOBLE |
| DESCANSO | DEPORTE | DILUCIDAR | DEDIL |

III:

| | | | | | |
|-----|------|------|----------|------------|---------------|
| DA | DAN | DAL | DANIEL | PIDAN | PEDAL |
| DE | DEM | DEL | DEDUCIR | DENTELLADA | DELGADO |
| DI | DIN | DIL | DIARIO | DINTEL | REDIL |
| DO | DON | DOL | DOMA | DONDE | DOLMEN |
| DU | DUL | DUN | DUEÑO | DULCE | PEDUNCULO |
| DAR | DAS | AD | DARDO | TODAS | TIRAD |
| DER | DES | ED | PERDER | DESTROZO | VEC |
| DIR | DIS | DID | PEDIR | DISCO | PARTID |
| AD | DAD | TAD | ADVERBIO | PIEDAD | AMISTAD |
| DRA | DRAS | DRAC | DRAGO | DRASTICO | DRACMA |
| DRE | DRES | ED | DRENAJE | DRESDE | USTED |
| DRI | DRIP | DRIL | DRIADA | DRIPTICO | MANDRIL |
| DRO | DROS | DROI | PEDROS | DROGA | LADRON |
| UD | DRU | DUR | VIRTUD | DRUIDA | DURMIENTE |
| DOC | DOR | DOS | DOCTRINA | DORMIR | MIEDOS |
| DIC | DUC | DAC | DICTADO | DUCTIL | DACTILOSCOPIA |

I:

| | | | |
|-------|--------|-------|------|
| CEJA | CENA | CERC | PEZ |
| CEDRO | CERCA | CIVIL | CITA |
| CINTO | CINE | CELOS | |
| CIELO | CIEN | CERDO | |
| HOZ | CENTRO | ZUMO | |
| CAZA | CERA | CIMA | |

II:

| | | | |
|---------------|-----------|-----------|--------|
| CELEBRE | CENIZA | CEBOLLA | CEÑO |
| CENTIMO | CEREZA | CERVEZA | CIENO |
| AZUCAR | CIZANA | ZARCILLO | CERCO |
| ZARZAPARRILLA | ZIPIZAPE | ZARZAMORA | CEPO |
| ZURZIR | CEDAZO | GOZO | CIPRES |
| AZUZAR | CECINA | ZARPAZO | CIRIO |
| ZOZOBRAR | CENCERRO | ZUMBIDO | ZURDO |
| CINCO | CINTA | CILINDRO | GAZO |
| CEREAL | CEREMONIA | CENTENO | CESPED |
| CETACEO | CIERZO | CICATRIZ | CILIO |
| ZAMBOMBAZO | ZANJA | ZARZUELA | ZAIICO |
| ZURRON | ZOQUETE | ZAGAL | ZOCO |

III:

| | | | | | |
|-----|-----|-----|---------|---------|-----------|
| ZA | ZAR | ZAL | ZAPATO | ZARZA | BOZAL |
| CE | CEL | GER | CELESTE | PINCEL | CERCENAR |
| CI | CIR | CIL | CICLON | CIRCO | FACIL |
| ZO | ZOR | ZOL | ZONA | ZORGICO | BENZOL |
| ZU | ZUR | ZUL | ZUTANO | AZUR | AZUL |
| ZAS | ZAN | ZAD | CABEZAS | ZAMBO | REZAD |
| CES | CEN | CED | CESTA | CENSO | VENCED |
| CIS | CII | CID | CISCO | CINCLL | CID |
| ZOS | ZON | OZ | PAZOS | PEZÓN | VOZ |
| AZ | EZ | IZ | PAZ | VEZ | IZQUIERDO |

I:

| | | | |
|-------|--------|-------|------|
| FOTO | FRUTA | FIERA | FLOR |
| FUEGO | FUTBOL | FLAN | FEO |
| FLACO | FIRMA | FILO | |
| FACIL | FARO | FICHA | |
| GAFAS | FRIO | FINO | |

II:

| | | | |
|-----------|-----------|-------------|----------|
| FABRICA | FANFARRON | FANTASIA | FARMACIA |
| FEBRERO | FENOMENO | FIAMBRE | FINCA |
| FASTIDIO | FACTURA | FICCION | FAZ |
| FAMILIA | FAMOSO | FRIGORIFICO | FAMA |
| FIESTA | FECHA | FIEBRE | FAZ |
| FOTOGRAFO | FORZUDO | FUERZA | FOLIO |
| FELIZ | FAVOR | FRANJA | FEZ |
| FACTOR | FRANCO | FELIZ | FIN |
| FILSOFIA | FILMAR | FLECO | FIBRA |
| PEROZ | FLOJO | FIEL | FILFA |
| FINAL | FISCO | FLOTA | FOGON |
| FUSIL | FOSFORO | FALLO | FOCA |
| FOSFATO | FLECHA | FILETE | FISICA |

III:

| | | | | | |
|------|------|------|----------|-----------|------------|
| FA | FAS | FAL | FAUNA | FASTUOSO | TRIUNFAL |
| FE | FES | FEL | FERIA | FESTIVO | FELPA |
| FI | FIS | FIL | FILON | FISGAR | FILTRO |
| FO | FOS | FOL | FOFO | FOSCO | FOLKLORE |
| FU | FUS | FUL | FURIA | OFUSCAR | FULGOR |
| FRAS | FRA | FAR | FRASCO | FRANELA | FARFULLEO |
| FER | PRE | FRES | FERNANDO | ALFREDO | FRESCO |
| FRIC | FRI | FIR | FRICCION | FRIALDDAD | FIRMAMENTO |
| FRO | FRON | FOR | FRONTERA | FROTE | FORTALEZA |
| FON | FAC | FAN | FONDO | FACTIBLE | FANFARRON |
| FUN | FEN | FEC | OFENSA | FUNDA | AFECTO |

I:--

| | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| TECHO | PECHO | CHUCHO | CHUPAR |
| CHICO | CHALET | CHAL | CHAVAL |
| CHAPA | CHORRO | CHARCO | LECHE |
| CHURRO | CHISPA | ANCHO | |
| CHISTE | CHOQUE | CHINO | |
| CHEQUE | CHOZA | CHURRO | |

II:--

| | | | |
|---------------|-----------|------------|-----------|
| CHACHARA | CHAPUZA | CHANCHULLO | CHANTAJE |
| CHAMIZO | ALCACHOFA | CHAROL | CHIVO |
| ACHUCHAR | CHICHA | CHIMENEA | CHISME |
| CHASCO | CHUPETE | CHATARRA | CHICHÓN |
| CHIRIPA | CHARADA | CHALADO | CHICHARRA |
| CHASCO | CHOCOLATE | CHUCHERIA | CHASQUIDO |
| CHOCHEAR | CHOFER | CHINCHILLA | CHATO |
| CHINGHORRERIA | CHAPETA | CHAPARRO | CHACAL |
| CHAMIZO | CHANZA | CHAMPIÑÓN | CHAQUE |
| CHIVATO | CHURRETE | CHULO | CHUFA |
| CHUPA-CHUS | CACHARRO | CACHALOTE | RACHA |
| CACHIVACHE | RECHONCHO | EMPACHO | LECHO |
| LECHUGA | CACHO | MACHO | MECHA |
| CORCHO | HUCHA | MUCHO | |

III:--

| | | | | | |
|------|------|------|----------|-----------|-------------|
| CHA | CHAR | CHI | CHAQUETA | CHARLA | CHICLE |
| CHO | CHU | CHE | CHORIZO | CHULETA | CHEPA |
| CHAS | CHAN | CHAL | TACHAS | CHANQUETE | LECHAL |
| CHES | CHEN | CHEL | PARCHES | ECHEN | CARABANCHEL |
| CHIS | CHIN | CHIR | CHISTERA | CHINCHE | CHIRLA |
| CHOS | CHON | CHOR | CHOCHOS | LECHON | MELCHOR |
| CHUS | CHUN | UCH | CHUSMA | CHUMBO | LUNCH |

I:---

| | | | |
|-------|-------|--------|-------|
| GATO | NEGRO | GUANTE | GOLPE |
| GORRA | GAMBA | GAFAS | |
| MIGA | GOTA | GRIFO | |
| GRASA | GRUA | GRATIS | |

II:---

| | | | |
|----------|----------|----------|--------|
| GUITARRA | GREGORIO | GRUPO | GRANJA |
| GROSERO | GARRA | GACELA | GALGO |
| GUSANO | GARGANTA | GANGOSO | GULA |
| GORGOTEQ | GALOPE | GANCHQ | GALAN |
| GALAPAGO | GUISANTE | GOBIERNO | GUIA |
| GUAPO | GARGOLA | ALGODON | LEGO |
| GUERRA | GRACIAS | GRANO | MAGO |
| GOLFO | GARRA | AMIGO | GAMO |
| GANGA | GUARDA | GUSTO | GUISQ |
| VAGO | DEMAGOGO | AGOSTO | HIGO |
| LAGO | GARRAFA | GARITA | GANSO |

III:---

| | | | | | |
|------|------|------|----------|---------|-----------|
| GA | GAS | GAL | GALON | GASTO | GALGO |
| GAR | GAD | GAN | GARGARA | LEGAD | GANZUA |
| GUE | GUES | GUEL | GUERRA | PAGUES | MIGUEL |
| GUI | GUIN | GUIR | GUISQ | GUINDA | GUIRLACHE |
| GO | GOL | GOR | GOLOSO | GOLPE | GORDO |
| GU | GUS | GUN | GUTURAL | GUSTAVO | BEGUN |
| GRES | GRE | GREM | TIGRES | GREMIO | LOGREN |
| GRAN | GRAS | GRA | GRANDE | NEGRAS | AGRADABLE |
| GRI | GRIS | GRIN | GRITO | GRIS | GRINGO |
| GUIR | GUIN | GLI | GUILACHE | GUINDA | GANGLIO |
| GRO | GROS | GROR | OGRO | LOGROS | NEGROR |

I:

| | | | |
|-------|-------|--------|------|
| HIJO | JOTA | ROJO | JOYA |
| JARRA | JAMON | JARDIN | |
| JOVEN | CAJON | BAJO | |
| JULIO | JUNIO | JUGO | |
| PAJA | AJO | OJO | |
| TEJA | VIEJO | CEJA | |

II:

| | | | |
|-----------|---------|----------|--------|
| RAJA | JALEO | JIRAFa | GENIO |
| JUSTO | JURAR | MONJA | JIRON |
| JORNADA | JEFE | JUVENTUD | JUEZ |
| TAJO | GINEBRA | GITANO | GESTO |
| BOTIJO | JAQUECA | JABALI | MEJOR |
| OREJA | FIJAR | JUICIO | JUNCO |
| JUEGO | ARROJAR | ALFORJA | JAEN |
| JERSEY | JERINGA | MAFOJO | JAITE |
| JORNAL | JACA | GENTE | JUDIO |
| GEOGRAFIA | JAZMIN | JINETE | JUEVES |
| GIGANTE | JAMAS | GIMNASIA | GESTA |
| GENTIL | GENERAL | | |

III:

| | | | | | |
|-----|-----|-----|----------|----------|----------|
| JA | JAR | JAS | JACINTO | LIJAR | JASPE |
| GE | GER | GES | GENIO | GERMANO | GESTO |
| JI | JIN | JIL | JIRA | FAJIN | PEREJIL |
| JO | JOR | JOS | ESPEJO | JORDAN | LEJOS |
| GEL | JOL | JON | ANGEL | JOLGORIO | BAJON |
| JU | JUN | JUS | JUNO | JUNTURA | JUSTO |
| JAL | JAF | GEN | HOJALDRE | ARROJAF | GENGIBRE |

I:

| | | | |
|------|------|--------|-------|
| BAJO | BIKO | TONO | NOCHE |
| COFO | PIKO | NARIZ | |
| IUDO | APA | NOMBRE | |
| NUBE | HUCA | NENE | |

II:

| | | | |
|----------|----------|----------|-------|
| PENA | MINA | NANA | ANIS |
| MARANJA | ANILLO | ENCARNA | NUNCA |
| NIEVE | NEUMONIA | MARIPO | NEON |
| NOVENA | NORTE | NOTA | NOHO |
| LINTERNA | ANTONIO | NATACION | NINFA |
| NIETO | ENMENDAR | ANDANADA | ENERO |

III:

| | | | | | |
|-----|-----|-----|------------|-----------|---------|
| NA | NAR | NAS | NADIE | MINAR | MENINAS |
| NE | NER | MES | RECIO | NERVIO | PONES |
| NI | NIR | NIS | NILO | PIRVANA | NISPERO |
| NO | NOR | NOS | NOVIO | NORIA | CAFOS |
| NU | NUR | NUS | NUEVO | NURSE | VENUS |
| NAD | NAL | NAN | MINAD | FINAL | OPINAN |
| NED | NEL | NEN | PONED | TUNEL | PONEN |
| NID | NIL | NIN | VENID | AGUAMANIL | NINFA |
| AN | TAN | PAN | ANTES | TITAN | PANTERA |
| EN | TEN | PEN | ENTRADA | ATENTAR | PENSAR |
| IN | TIN | PIN | INTERIOR | TINTE | PINTAR |
| ON | TON | PON | ONDA | TONTUNA | PONCHE |
| UF | TUI | PUN | UNCION | ATUN | PUNTA |
| BAN | CAN | FAN | BANDO | CANTO | INFANTE |
| VEN | DEN | FEN | VENTANA | DENTERA | OFENSA |
| VIN | DIN | PIN | ALEVIN | DINTEL | FINCA |
| BON | DON | FON | BOMBON | DONDE | FONDO |
| BUN | TUN | PUN | ABUNDANCIA | TUMBA | PUNTA |

13.- LATENCIA Y FATIGABILIDAD PATOLOGICAS.

Es característico de los afásicos un aumento de los tiempos de latencia para los procesos verbales, e incluso también para todos aquellos de carácter intelectual, seguramente por las estrechas relaciones existentes entre pensamiento y lenguaje. Este hecho se interpreta como debido a un predominio patológico de la inhibición neuronal. Sería la manifestación inicial de otros síntomas como las anomías, agramatismo o reducción general del lenguaje. MIRA Y LOPEZ realizó un estudio sobre la fluidez verbal en las distintas edades consistente en decir durante 5 minutos el mayor número posible de palabras que comenzasen por "M" y obtuvo los siguientes resultados:

| | | |
|--------------------|----|-----------|
| A los 6 años | 6 | palabras. |
| " 7 " | 10 | " |
| " 9 " | 20 | " |
| " 12 " | 30 | " |
| Los adultos | 50 | " |

Aplicada esta prueba a los afásicos los resultados se asemejan a los de los primeros años y en muchos casos no llegan a decir ninguna palabra.

Las latencias son tanto comprensivas como elocutivas, y dentro de éstas, iniciales o a lo largo del discurso. También cabría citar otras relacionadas con los procesos de aprendizaje y memorización.

Muy ligado a la latencia excesiva está el fenómeno de la fatigabilidad que surge a medida que el paciente inicia una tarea lingüística o intelectual, con lo que los resultados van siendo cada vez peores, se agravan también por la desmotivación.

Con objeto de estimular la respuesta rápida se puede recurrir

a provocar contestaciones reactivas y a suministrar una palabra para que el afásico diga la contraria. Este proceder constituye un interesante ejercicio que permite:

- Una estimulación y condicionamiento comunicativo provocador de una respuesta.
- Un intento de perfeccionamiento comprensivo por oposición conceptual.
- Un modo exploratorio del síndrome que proporciona datos sobre la fluidez verbal, presencia de perseveraciones, ecolalia, parafasias, incrementos anormales de la fatigabilidad, etc.

Estudio sobre respuestas antónimas en afásicos.

La utilización terapéutico-reeducadora de listas de palabras que exigen contestar con la contraria (antónimos) sirvió para recoger las respuestas dadas por los pacientes afásicos y proceder a su estudio.

1. Material y método.

Se escogieron a 18 afásicos en virtud de tener una suficiente fluidez verbal y grado de colaboración. Se les aplicó la lista siguiente:

- | | | | |
|----------|-----------|-----------|-------------|
| - Frio | - Vestido | - Alto | - Sentado |
| - Noche | - Subir | - Grande | - Despierto |
| - Blanco | - Campo | - Enano | - Dulce |
| - Ruido | - Luz | - Derecha | - Sumar |
| - Salado | - Apagar | - Arriba | - Mucho |
| - Hombre | - Niño | - Abrir | |

2. Resultados.

Las respuestas dadas por cada uno de los 18 afásicos se recogen a continuación para cada una de las palabras:

FRIJO: 1) Calor. 2) Calor. 3) Calor. 4) Calor. 5) Caliente. 6) Burrada. 7) Radio. 8) "Calos". 9) Calor. 10) Calor. 11) Calor. 12) "Colo". 13) Agua. 14) Calor. 15) Calor. 16) Calor. 17) Calor. 18) Calor.

NOCHE: 1) Sueño. 2) Día. 3) Luz. 4) Día. 5) Día. 6) Gato. 7) No contesta (N.C.). 8) N.C. 9) De día. 10) Día. 11) Día. 12) Adiós. 13) N.C. 14) De día. 15) Tarde. 16) Día. 17) Día. 18) Día.

BLANCO: 1) Negro. 2) Rojo. 3) Negro. 4) Negro. 5) Negro. 6) Aviación. 7) En. 8) "Negro". 9) Negro. 10) Negro. 11) Negro. 12) N.C. 13) Negro. 14) Negro. 15) Negro. 16) N.C. 17) Negro. 18) Negro.

RUIDO: 1) Camiones. 2) Silencio. 3) Galla. 4) Silencio. 5) N.C. 6) N.C. 7) Enfadado. 8) N.C. 9) N.C. 10) Silencio. 11) Silencio. 12) N.C. 13) N.C. 14) Coña. 15) Silencio. 16) N.C. 17) N.C. 18) N.C.

SALADO: 1) Sal. 2) Pescado. 3) No sal. 4) Soso. 5) Soso. 6) Salada. 7) Radio. 8) Dulce. 9) Soso. 10) Amargo. 11) Simple. 12) Agua. 13) N.C. 14) Soso. 15) Soso. 16) N.C. 17) Soso. 18) Soso.

HOMBRE: 1) Mujer. 2) Mujer. 3) Tetas. 4) Mujer. 5) Mujer. 6) Mujer. 7) N.C. 8) "Ome". 9) Mujer. 10) Mujer. 11) Mujeres. 12) N.C. 13) Mujer. 14) Mujer. 15) Niño. 16) Mujer. 17) N.C. 18) Mujer.

VESTIDO: 1) Desnudo. 2) Desnudo. 3) Pantalones. 4) Desnudo. 5) N.C. 6) N.C. 7) Hombre. 8) Desnudo. 9) Pantalón. 10) Desnudo. 11) Desnudo. 12) N.C. 13) Cuatro. 14) Desnudo. 15) N.C. 16) Desnudo. 17) N.C. 18) N.C.

SUBIR: 1) Bajo. 2) Bajar. 3) Bajar. 4) Bajar. 5) Bajar. 6) N.C. 7) Bajar. 8) Bajar. 9) Bajar. 10) Bajar. 11) Bajar. 12) Bajar. 13) Ojo. 14) Abajo. 15) Bajar. 16) Bajar. 17) Bajar. 18) Bajar.

CAMPO: 1) N.C. 2) Carpintería. 3) Mar. 4) Ciudad. 5) Tierra. 6) Aviación. 7) Bajar. 8) N.C. 9) Playa. 10) Barro. 11) Pueblo. 12) N.C. 13) N.C. 14) Caseta. 15) Jardín. 16) N.C. 17) N.C. 18) N.C.

LUZ: 1) Apagado. 2) Apagar. 3) Apagado. 4) Tirieblas. 5) N.C. 6) N.C. 7) Bajar. 8) "Sadrusidas". 9) Oscuro. 10) Oscuridad. 11) Oscuridad. 12) N.C. 13) N.C. 14) A oscuras. 15) Oscuro. 16) Os-

curo. 17) De día. 18) P.C.

APAGAR: 1) Luz. 2) Desconectar. 3) Luz. 4) Encender. 5) Encender
6) Lapiz. 7) Bajar. 8) "Eceder". 9) Encender. 10) Encender. 11)
Encender. 12) N.C. 13) N.C. 14) Dar la luz. 15) Claridad. 16) N.
C. 17) N.C. 18) N.C.

NIÑO: 1) Mayores. 2) Niña. 3) Niña. 4) Niña. 5) Joven. 6) N.C.
7) N.C. 8) Hombre. 9) Niña. 10) Viejo. 11) Hombre. 12) N.C.
13) Muchacho. 14) N.C. 15) Madre. 16) Niña. 17) Niña. 18) Hombre.

ALTO: 1) Bajo. 2) Bajo. 3) Bajo. 4) Bajo. 5) Bajo. 6) N.C. 7) N.
C. 8) Bajo. 9) Bajo. 10) Bajo. 11) Bajo. 12) Oro. 13) Pequeña.
14) Bajo. 15) Bajo. 16) Bajo. 17) N.C. 18) Bajo.

GRANDE: 1) Pequeñín. 2) Pequeño. 3) Chico. 4) Chico. 5) Pequeño
6) N.C. 7) N.C. 8) Pequeño. 9) Pequeño. 10) Pequeño. 11) Chiqui
to. 12) N.C. 13) Chico 14) Niño. 15) Bajo. 16) Pequeño. 17) Ba-
jo. 18) Alto.

ENANO: 1) Alto. 2) Joven. 3) Más alto. 4) Altifición. 5) Grandón
6) Otro. 7) N.C. 8) Grande. 9) Enana. 10) Gigante. 11) Gigante.
12) Mayor. 13) N.C. 14) Grande. 15) N.C. 16) Gigante. 17) N.C.
18) Alto.

DERECHA: 1) Izquierda. 2) Izq. 3) Zurdo. 4) Izq. 5) Izq. 6) N.C.
7) N.C. 8) N.C. 9) Izq. 10) Izq. 11) Izq. 12) Izq. 13) Allá. 14)
Izq. 15) Izq. 16) Izq. 17) Izq. 18) Izq.

ARRIBA: 1) Abajo. 2) Abajo. 3) Abajo. 4) Abajo. 5) Abajo. 6) Ba-
jo. 7) N.C. 8) "Orribo". 9) Abajo. 10) Abajo. 11) Abajo. 12) N.C.
13) Bajar. 14) Abajo. 15) Abajo. 16) Abajo. 17) Abajo. 18) Abajo.

ABRIR: 1) Llaves. 2) Cerrado. 3) Cierra. 4) Cerrar. 5) Cerrar. 6)
N.C. 7) N.C. 8) Cerrar. 9) Cerrar. 10) Cerrar. 11) Cerrar. 12)
N.C. 13) N.C. 14) Cerrar. 15) Cerrar. 16) Cerrar. 17) Cerrar.
18) N.C.

SENTADO: 1) Sueño. 2) De pié. 3) N.C. 4) N.C. 5) Tumbado. 6) N.C.
7) N.C. 8) N.C. 9) De pié. 10) De pié. 11) Parado. 12) N.C. 13)

N. C. 14) De piés. 15) Levantado. 16) De pié. 17) Estar de pié
18) N.C.

DESPIERTO: 1) Dormido. 2) Acostado. 3) N.C. 4) Acostado. 5) Echado. 6) Levantate. 7) N.C. 8) "Dosmino". 9) Dormido. 10) Dormido. 11) Dormido. 12) Hace gesto de dormir. 13) N.C. 14) Dormido. 15) Dormido. 16) Durmiendo. 17) Dormido. 18) N.C.

DULCE: 1) N.C. 2) Más soso. 3) Sal. 4) Salado. 5) Amargo. 6) N.C. 7) N.C. 8) Amargo. 9) Seco. 10) Amargo. 11) Amargo. 12) N.C. 13) Soso. 14) Amargo. 15) Soso. 16) Amargo. 17) Soso. 18) Amargo.

SUMAR: 1) Restar. 2) Multiplicar. 3) N.C. 4) Restar. 5) Resta. 6) N.C. 7) N.C. 8) N.C. 9) Resta. 10) Resta. 11) Restar. 12) N.C. 13) No sé nada. 14) No sé de eso. 15) Restar. 16) Restar. 17) N.C. 18) N.C.

MUCHO: 1) Menos. 2) N. C. 3) Poco. 4) Poco. 5) Poco. 6) N. C. 7) N.C. 8) Poco. 9) Poco. 10) Poco. 11) Poco. 12) N.C. 13) Nada 14) Poco. 15) Poco. 16) Poco. 17) Poco. 18) Poco.

3. Discusión y comentarios.

Las palabras antónimas constituyen una variedad de lenguaje facilitado o reactivo. Por ello la fluidez elocutiva y rapidez de respuesta fue mayor con ellas que en otros momentos expresivos de los mismos pacientes afásicos. Sin embargo hubo un número no desdeñable de falta de contestación, de anomías, sobre todo para aquellas palabras cuya contraria no era tan evidente o frecuente.

Las respuestas positivas incluyeron un gran número de parafasias, sobre todo literales, de entre las que se encuentran todas las variedades descritas cuando se clasificaron. En algunos casos igual se trataba de parafasia que de otra acepción antónima. A continuación se recogen grupos de antónimos.

Grupo 1º:

| | | | | | |
|---------|----|--------|-------|----|--------|
| CALOR | -- | FRIO | SUCIO | -- | LIMPIO |
| DIA | -- | NOCHE | POBRE | -- | RICO |
| BLANCO | -- | NEGRO | FEO | -- | GUAPO |
| HOMBRE | -- | MUJER | BUENO | -- | MALO |
| BAJAR | -- | SUBIR | SÍ | -- | NO |
| VIEHO | -- | JOVEN | | | |
| BAJO | -- | ALTO | | | |
| VIEJO | -- | JOVEN | | | |
| BAJO | -- | ALTO | | | |
| PEQUEÑO | -- | GRANDE | | | |
| ABAJO | -- | ARRIBA | | | |
| ABRIR | -- | CERRAR | | | |

Grupo 2º:

| | | | | | |
|-------------------|----|------------|------------|----|---------|
| GORDO | -- | FLACO | RAPIDO | -- | LENTO |
| IZQUIERDA-DERECHA | | | MEJOR | -- | PEOR |
| DORMIDO | -- | DESPIERTO | NORTE | -- | SUR |
| AMARGO | -- | DULCE | ESTE | -- | OESTE |
| LISTO | -- | TONTO | ENFERMO | -- | SANO |
| SECO | -- | MOJADO | VIVO | -- | MUERTO |
| DETRAS | -- | DELANTE | PESADO | -- | LIGERO |
| TORCIDO | -- | DERECHO | CARO | -- | BARATO |
| BLANDO | -- | DURO | ALEGRE | -- | TRISTE |
| FUERTE | -- | DEBIL | EMPEZAR | -- | ACABAR |
| SIMPATICO- | | ANTIPATICO | AMIGO | -- | ENEMIGO |
| MEMOR | -- | MAYOR | MACHO | -- | HEMBRA |
| TORO | -- | VACA | GALLINA | -- | GALLO |
| CIELO | -- | INFIERNO | OSCURO | -- | CLARO |
| ANGEL | -- | DEMONIO | ENTRAR | -- | SALIR |
| AMAR | -- | ODIAR | PRINCIPIO- | | FIN |
| DISMINUIR- | | AUMENTAR | VENDER | -- | COMPRAR |

Grupo 3º:

| | | | | | |
|----------|----|-------------|-----------|----|------------|
| DE PIE | -- | TUMBADO | CIEGO | -- | VIDENTE |
| HACER | -- | DESHACER | HONRADO | -- | LADRON |
| OBEDECER | -- | MANDAR | CONSTRUIR | -- | DERRIBAR |
| ORDENAR | -- | DESORDENAR | ELEVAR | -- | DESCENDER |
| INFLAR | -- | DESINFLAR | SIMPLE | -- | COMPUESTO |
| ARMAR | -- | DESARMAR | DESCALZO | -- | CALZADO |
| AFINADO | -- | DESAFINADO | LEGAL | -- | ILEGAL |
| DISTINTO | -- | IGUAL | DAR | -- | TOMAR |
| AVANZAR | -- | RETROCEDER | PRESO | -- | LIBRE |
| CONOCIDO | -- | DESCONOCIDO | ESCONDER | -- | ENSEÑAR |
| VELOZ | -- | LENTO | AFIRMAR | -- | NEGAR |
| CERCAÑO | -- | LEJANO | COLGAR | -- | DESCOLGAR |
| HABITADO | -- | DESHABITADO | GENEROSO | -- | TACAÑO |
| MIEDO | -- | VALOR | ORIENTE | -- | OCCIDENTE |
| RECTA | -- | CURVA | SALIENTE | -- | ENTRANTE |
| ALEGRIA | -- | TRISTEZA | LLORAR | -- | REIR |
| DORMIRSE | -- | DESPERTARSE | ACOSTARSE | -- | LEVANTARSE |
| SOBRA | -- | FALTA | SUMA | -- | RESTA |
| CASTIGO | -- | PREMIO | ANCHO | -- | ESTRECHO |
| SUPERIOR | -- | INFERIOR | | | |
| SUMA | -- | RESTA | | | |
| PADRE | -- | MADRE | | | |

Grupo 4º:

| | | | | | |
|------------|----|------------|------------|----|-------------|
| COBARDIA | -- | VALENTIA | SINCERIDAD | -- | HIPOCRESIA |
| MOVIMIENTO | -- | REPOSO | ATRACCION | -- | REPULSION |
| BRILLANTE | -- | OPACO | SUAVE | -- | ASPERO |
| LISO | -- | RUGOSO | DIESTRO | -- | ZURDO |
| ATRAER | -- | REPELER | SALAR | -- | DESALAR |
| ANIMADO | -- | DESANIMADO | PEREZOSO | -- | DILIGENTE |
| TEMPESTAD | -- | CALMA | CUBIERTO | -- | DESCUBIERTO |

| | | | | | |
|-------------|-----|---------------|-------------|----|---------------|
| PRECISION | --- | IMPRESICION | INTOXICAR | -- | DESINTOXICAR |
| DIRECTO | -- | INVERSO | PRIMAVERA | -- | OTOÑO |
| VERANO | -- | INVIERNO | AGUDO | -- | OBTUSO |
| TRANQUILO | -- | INTRANQUILO | SOSEGADO | -- | DESASOSEGADO |
| SOCIABLE | -- | INSOCIABLE | PARCIAL | -- | IMPARCIAL |
| TIMIDEZ | -- | OSADIA | POSIBLE | -- | IMPOSIBLE |
| ACCESIBLE | -- | INACCESIBLE | EXCELENTE | -- | PESIMO |
| OPORTUNO | -- | INOPORTUNO | ACEPTABLE | -- | INACEPTABLE |
| PAR | -- | IMPAR | AGOTABLE | -- | INAGOTABLE |
| LOGO | -- | CUERDO | COMUNICADO | -- | INCOMUNICADO |
| APETENTE | -- | INAPETENTE | SEGURO | -- | INSEGURO |
| COMBUSTIBLE | -- | INCOMBUSTIBLE | CRUENTO | -- | INGRUENTO |
| COMODIDAD | -- | INCOMODIDAD | CONSCIENTE | -- | INCONSCIENTE |
| CONSUELO | -- | DESCONSUELO | DEFINIBLE | -- | INDEFINIBLE |
| DISCUTIBLE | -- | INDISCUTIBLE | CURABLE | -- | INCURABLE |
| CONVENIENTE | -- | INCONVENIENTE | DEPENDENCIA | -- | INDEPENDENCIA |
| DISCIPLINA | -- | INDISCIPLINA | CAUTO | -- | INCAUTO |
| CAPAZ | -- | INCAPAZ | TIERRA | -- | MAR |
| AGOTABLE | -- | INAGOTABLE | MOVIL | -- | INMOVIL |
| COMPRESION | -- | INCOMPRESION | INDIVIDUAL | -- | COLECTIVO |
| DIGNO | -- | INDIGNO | SOMBRA | -- | SOL |

El criterio con el que se ha hecho la distribución en grupos ha sido el de la frecuencia de empleo que es el que marca el grado de automatización reactiva. Reeducativamente se comenzará por tan to desde el primer grupo.

| | |
|----------|----------|
| CALOR | Frio |
| SOL | Tierra |
| DIA | noche |
| DISTINTO | parecido |
| FEO | Bonito |
| MUJER | mas malo |
| PIADOSO | debolico |
| MENOR | mayor |
| BAJO | alto |
| BELLO | Feo |
| LIMPIO | sucio |

| | |
|---------|--------|
| MACHO | chibra |
| LISTO | bobo |
| CIELO | Tierra |
| NEGRO | blanco |
| SOSO | salado |
| GALLINA | gollo |
| TORO | vaca |
| OSCURO | claro |

Trabajar con listas de palabras, para encontrar las de significación opuesta, se puede llevar a cabo de diferentes maneras. En este caso se le proporcionó al paciente un conjunto de ellas por escrito y él, por su cuenta, escribió junto a cada una la respuesta que consideró más idónea. De este modo perfeccionaba simultáneamente la escritura.

14.- ALTERACIONES DE OTRAS FORMAS DE EXPRESIVIDAD.

Deben citarse en primer lugar las que se refieren a la expresividad gestual. PIERRE MARIE y FOIX las pusieron de manifiesto en afasia de WERNICKE, pero es frecuente encontrarlas en otras modalidades, debiéndose tener siempre en cuenta la posibilidad de que una deficiente comprensión impida la realización del gesto demandado.

La expresividad gestual lleva inherente una estratificación de complejidad cuyo último nivel estaría representado por la pantomima como actividad artística y estética. Sin embargo en cualquier persona es posible diferenciar desde aquellas señas muy elementales y generalizadas entre todo el mundo, hasta aquellas otras que requieren un mayor aprendizaje, tienen un componente cultural más elaborado o hacen referencia a conceptos más abstratos. En el afásico el grado de deterioro será mayor o menor, generalmente menor que el del lenguaje verbal o escrito. La expresividad más espontánea y automática se conserva mejor. A veces el deterioro es profundo y el paciente al tratar de reír espontáneamente, por ejemplo, exterioriza otra expresión distinta.

La peculiar situación, desde el punto de vista comunicativo, en que se encuentra el afásico en un principio repercute en su aspecto externo apreciándose componentes de inexpresividad, desconcierto, falta de integración a las situaciones, apatía, indiferencia o inquietud. La imposibilidad de hacer uso del lenguaje verbal le hace recurrir rápidamente a la utilización de señas y gestos y entonces la falta de un entrenamiento previo y el déficit funcional que le supone el no poder utilizar la mano derecha, en el caso frecuente de padecer una hemiplejía u otro trastorno motor, dan lugar a una gran difi-

cultad para ser comprendido. En estas condiciones no es raro que repita señas muy parecidas para manifestar o pedir cosas muy distintas, como consecuencia de la pobreza de medios expresivos en que se encuentra. Con el tiempo, y ayudado por los entrenamientos reeducadores, la situación mejorará considerablemente.

La expresividad gestual engloba en primer lugar a la gesticulación o "juego fisonómico" de LAROUSSE y se vería afectada en las apraxias buco-linguo-faciales. La expresividad global, corporal y manual, es en última instancia función de los hábitos y costumbres previos del paciente, punto a tener en cuenta a la hora de la reeducación con objeto de intentar reconstruir en primera instancia sus señas y gestos más personales. KAPLAN y CAMERON han confeccionado unas listas de actitudes expresivas habituales, de las que las correspondientes a la afirmación y negación serían las más valiosas no solo por su utilidad obvia sino por su raigambre ontogenética infantil según SPITZ.

En los casos en que el lenguaje verbal aparece muy deteriorado resulta de interés el estimular muy precozmente esta faceta para abrir un cauce comunicativo que rompa el aislamiento del paciente e iniciar, sobre todo, la reeducación de la comprensión. En ancianos resulta de gran valor y utilidad la adquisición de unas señas elementales que recaen sobre las necesidades más elementales como:

- Afirmar, negar, regular.
- Comer, beber.
- Calor, frío.
- Dormir, descansar.
- W. C.
- Indicar, llamar, gafas, dinero.

- Radio, T. V., pasear.

Conseguir que el afásico anciano, con mal estado intelectual haga uso inteligible de estas demandas resulta un avance importante, aun cuando los componentes verbales resulten irrecuperables.

Hay que cuidar que la utilización de los gestos no vaya en detrimento de las manifestaciones verbales. Pronto se insistirá en la necesidad de sustituir señas por palabras, aunque aquellas resulten más fáciles de ejecutar. La comunicación gestual debemos utilizarla como vehículo encaminado a la adquisición de las palabras o como sustitutivo, si éstas no son posibles. Pero no debe existir un antagonismo entre ambas, debe recordarse que en el niño el gesto, la indicación y la imitación van por delante de las palabras en un principio para luego quedarse rezagadas una vez que han servido de base para edificar y reforzar toda la estructura lingüística.

De todo lo anterior se deduce que deben buscarse siempre los disturbios en esta esfera y que se entroncan con las apraxias, fundamentalmente la ideomotriz (explorada mediante la realización de gestos simbólicos y las baterías de gestos arbitrarios de BERGES y LEZINE) y la ideatoria. Estas apraxias desde el momento que comprometen la posibilidad de representar cosas tienen una indudable ligazón con la esfera comunicativa. El problema también radica en hasta qué punto las apraxias ideomotriz, ideatoria y buco-linguo-facial repercuten desfavorablemente en el síndrome afásico o actúan como elementos bloqueadores de la reeducación.

Las actividades reeducadoras prescritas para la gesticulación y la mímica abarcan los siguientes aspectos:

a) Como elemento básico de la reeducación, tal y como sucede en individuos con graves limitaciones comunicativas. Las señas

que se recogían más arriba, y algunas otras que se añadan, pueden ser incluso convencionales. En última instancia no se pretenderá con ellas más que una comunicación primaria con los cuidadores.

- b) Como elemento a tener en cuenta dentro del contexto general de la reeducación comprensiva. Se trata de que llegue a comprender ~~ka~~ orden ejecutiva gestual que le demos o que se de cuenta de su significado cuando la vea realizar al terapeuta o a una tercera persona.
- c) Como actividad reeducadora específica y primordial en el caso de que se trate de disturbios predominantes de este tipo.
- d) Como una actividad más del programa reeducador general con la que se pretende un perfeccionamiento de los adiestramientos verbales, comprensivos y expresivos, y escrito, lectura y escritura de las acciones realizadas. Estas tareas en ocasiones sirven para romper la monotonía y los esfuerzos de la atención que suelen tener las sesiones de pura verbalización. Se puede disponer de un gran número de gestos y acciones representativas. Conviene ordenarlas de acuerdo a criterios de complejidad creciente. Un par de grupos es suficiente para diferenciar las más habituales de las más complejas o que llevan aparejados mayores matices de carácter cultural.

Grupo 1º:

- 1.- Toser
- 2.- Oler
- 3.- Soplar
- 4.- Hinchar los carrillos
- 5.- Llamar a alguien con la mano para que se acerque
- 6.- Hacer callar
- 7.- Saludar con la mano
- 8.- Reir
- 9.- Llorar
- 10.- Besar
- 11.- Decir adiós
- 12.- Beber
- 13.- Comer
- 14.- Rezar
- 15.- Peinarse
- 16.- Afirmar y negar
- 17.- Indicar o señalar con el dedo

Grupo 2º:

- 1.- Pescar
- 2.- Disparar con una escopeta
- 3.- Disparar con una pistola. Hacer ademán de desenfundar la pistola.
- 4.- Lavar ropa
- 5.- Barrer
- 6.- Conducir un coche
- 7.- Coser
- 8.- Escribir manualmente
- 9.- Escribir a máquina
- 10.- Empolvase la cara una mujer
- 11.- Pintarse los labios una mujer
- 12.- Mirar por un anteojo
- 13.- Mirar por unos gemelos
- 14.- Hacer de camarero

- 15.- Limpiar un cristal o la superficie de una mesa
- 16.- Llamar a un gato
- 17.- Amenazas de pegar
- 18.- Dar una bofetada o un revés
- 19.- Abanicarse
- 20.- Abrigarse o arroparse
- 21.- Segar
- 22.- Regar plantas
- 23.- Cortar algo empleando los dedos como tijera
- 24.- Fumar
- 25.- Lavarse las manos
- 26.- Hablar por telefono
- 27.- Dar un puntapié
- 28.- Sacudirse el polvo
- 29.- Dar cuerda a un reloj imaginario
- 30.- Meger a un niño
- 31.- Dar el pecho a un niño
- 32.- Hacer ademán de comprobar si llueve
- 33.- Desenvainar un sable
- 34.- Ir a caballo
- 35.- Sorber un refresco con una pajita
- 36.- Hacer que alguien se pare
- 37.- Hacer que alguien avance
- 38.- Hacer que alguien se siente
- 39.- Limpiarse los dientes
- 40.- Afeitarse la cara
- 41.- Clavar un clavo con un martillo, en la pared, en una mesa.
- 42.- Aserrar
- 43.- Emplear un destornillador
- 44.- Emplear unas tenazas
- 45.- Hacer de boxeador
- 46.- Jugar al golf
- 47.- Jugar al tenis
- 48.- Jugar al baloncesto
- 49.- Jugar a las cartas

- 50.- Escuchar
- 51.- Cavar
- 52.- Utilizar una pala
- 53.- Encender un cigarrillo
- 54.- Meter una carta en un sobre, cerrale, ponerle sello, echarla al buzón.
- 55.- Regañar
- 56.- Ademán de mucho
- 57.- Ademán de poco (el correspondiente a la frase "un tanto así")
- 58.- Ademán de regular
- 59.- Gesto de desprecio
- 60.- Gesto de asco
- 61.- Gesto de Óler mal
- 62.- Dormir
- 63.- Dinero
- 64.- Dirigir una orquesta
- 65.- Hacer de cantante
- 66.- Desfile
- 67.- Gestos varios de caracter político
- 68.- Saludos militares
- 69.- Hacer de cuadrupedo. Pacer.
- 70.- Leer un periodico
- 71.- Efectuar con la cabeza gestos de reprobación
- 72.- Hacer uso de los tacos de jugar al billar
- 73.- Borrachera
- 74.- Remar
- 75.- Dar latigazos
- 76.- Gestos obscenos
- 77.- Empleo del cuchillo y tenedor
- 78.- Dar puñalada
- 79.- Reverencia de corte
- 80.- Saludo con sombrero imaginario
- 81.- Torear
- 82.- Poner banderillas

- 83.- Entrar a matar un torero
- 84.- Efectuar el gesto de hurtar con la mano
- 85.- Ser un caradura
- 86.- Estrangular
- 87.- Acariciar
- 88.- Abrir una puerta con la llave
- 89.- Abrocharse el cinturón
- 90.- Abotonarse la chaqueta o camisa
- 91.- Dar un capón
- 92.- Llamar a la puerta
- 93.- Pedir limosna
- 94.- Ademán de que alguien se fastidie
- 95.- Tirarse de cabeza al agua. Nadar.
- 96.- Escupir
- 97.- Cortar un árbol con un hacha
- 98.- Hacer un nudo
- 99.- Hacer una foto
- 100.- Dar golpes amistosos en la espalda
- 101.- Dar la mano
- 102.- Dar un codazo para llamar a alguien
- 103.- Indicar con la cabeza una dirección
- 104.- Hacer de toro, las manos como cuernos
- 105.- Exigir que alguien pague
- 106.- Volar, los brazos hacen de alas
- 107.- Correr sin desplazarse
- 108.- Otear el horizonte
- 109.- Ademán de quemarse un dedo.
- 110.- Morder como una fiera
- 111.- Esconder la cara, protegerse
- 112.- Arrojar algo lejos
- 113.- Contar con los dedos
- 114.- Recibir de pronto una herida, balazo.
- 115.- Contar fajo de billetes

15. AGRAFIAS

El lenguaje escrito se encuentra con gran frecuencia perturbado en el cuadro general de una afasia y asociado a alexia. En raras ocasiones encontraremos una agrafia simplemente (DEJERINE). Pero hay que investigar el grado de afectación de cada paciente para la escritura, y ello por dos motivos: porque la lecto-escritura supondrá una ayuda o un medio auxiliar de reconstrucción del lenguaje verbal y porque es necesario determinar de antemano hasta que punto el tratamiento rehabilitativo debe enfocarse para reconstruir el lenguaje verbal, el escrito o ambos por igual. Asimismo se valorarán los componentes gnósicos y prácticos concomitantes e inherentes a la agrafia.

Las agrafias se han clasificado, en terminos generales, del modo siguiente:

- a) Agrafia afásica, consecutiva al cuadro afásico general y que sería la que desde nuestro punto de vista tendría mayor interés. No estaría presente en las afasias de caracter más anárquico excepcionalmente, mientras que en las demás modalidades sería más o menos intensa.
- b) Agrafia apráxica, ocasionada por un disturbio apráxico de la manipulación y que sería independiente de cualquier otra afectación del lenguaje como tal. En estos casos el paciente podría dictar o deletrear verbalmente las palabras que no puede escribir o incluso hacer uso de una máquina de escribir en el caso de que tuviese conocimientos de este tipo. Sin embargo en un mismo sujeto puede haber trastornos de la escritura de origen afásico y apráxico conjuntamente, desapareciendo estos últimos antes.
- c) Otras agrafias descritas como formando parte del síndrome de

GERTSMANN o debidas a lesiones parietales (agrafias espaciales de CRITCHLEY).

Esta clasificación, recogida por BARRAQUER BORDAS, presenta la ventaja de su simplicidad didáctica. Pero hay otras, así VON MONAKOV distingue:

- a) Agrafia cinestésica, o motriz de PITRES, radicada en la mano derecha e independiente de cualquier otra afectación afásica o apráxica, pese a las similitudes que a primera vista podía presentar con este último cuadro.
- b) Agrafia tonal, con defectos gramaticales y de construcción sintáctica. Correspondería al agramatismo afásico y se acompaña de afectación del lenguaje verbal.
- c) Agrafia asociada a afasias sensoriales.
- d) Agrafia para las formas, con un importante componente agnósico visual.

KLEIST, por su parte, diferencia dos variedades:

- a) Agrafia ideo-cinética, que afecta a la instrumentalidad de la escritura.
- b) Agrafia constructiva, ligada a disturbios apráxicos y en la que existiría una desconexión entre las asociaciones visuales y propioceptivas.

VICTORIA sistematiza cinco variedades:

- a) Agrafia con dispraxia en lesiones callosas.
- b) Agrafia constructiva.
- c) Agrafia asociada a apraxias bilaterales.
- d) Agrafia con componentes agnósicos visuales.
- e) Agrafia asociada a afasia.

GOLDSTEIN diferencia las agrafias por afectación del lenguaje, ligadas a la afasia, de las que afectarían al mero acto instrumental en las que distingue:

- a) Agrafias por pérdida de la intencionalidad dinámica de la escritura.
- b) Agrafias para mensajes de contenido especulativo y abstracto con conservación de la escritura de palabras concretas.
- c) Agrafias por apraxia ideatoria.
- d) Agrafia apráxica amnésica, en las que el sujeto olvida las formas de las letras pero las reconoce si se le enseñan.
- e) Agrafia motriz pura, afectando a los últimos estadios de la instrumentalidad de los grafismos.

HERMANN y POTZL al analizar esta última clasificación ven en las subdivisiones reseñadas diferencias en cuanto a la profundidad del disturbio, que sería según ellos único, con lo que la variedad amnésica resulta la más leve.

Por su parte HENSCHEN, desde una vertiente anatómica y localista, distingue variedades occipitales, angulares, parietales, temporales, frontales y de asociación.

En cualquier caso los modelos clasificatorios expuestos pecan un tanto de retóricos y como señala LEISCHNER serían variedades difíciles de diferenciar en la práctica aun cuando su exposición se realizase inicialmente a partir de casos clínicos. De todas formas su consideración permite poner de manifiesto que cualquier caso de agrafia presenta determinadas peculiaridades fisiopatológicas más o menos semejantes a algunos de los cuadros descritos, con lo que la estrategia reeducadora puede verse en parte facilitada por el conocimiento previo de los susodichos modelos.

Circunscribiéndonos sobre todo a las agrafias con afectación del lenguaje, o sea a las afásicas, conviene considerar lo que sucede a nivel de los distintos tipos de escritura:

- 1º) La escritura espontánea, que estará totalmente abolida o de

teriorada en grado variable. En algunos casos el paciente solo es capaz de escribir, parcial o totalmente, palabras muy usuales o muy cortas y otras veces solo ponen la primera letra o sílaba. Interesa saber si el deterioro de la escritura corre parejo al del lenguaje verbal o si hay diferencias a favor de uno de ellos. Se describen paragrafias que afectan, bien a palabras enteras, a sílabas o a letras, así como jergagrafias en las que el escrito resulta ininteligible, y mogigrafia, o empobrecimiento paulatino del escrito. En otros casos menos profundos hay disortografias y disintaxis, juntamente con otros de agramatismo. La falta de la palabra, que no se dice o escribe, puede sustituirse por trazos o incluso dibujos representativos (AJURIAGUERRA, HECAEN). Los otros trastornos témporo-espaciales asociados se objetivizan por dificultades en mantener los renglones, unión entre las letras, escritura en espejo (sobre todo para algunas letras), pérdida de la horizontalidad, confusiones en la representación y en el reconocimiento de letras de caracter más o menos paragrafíco (b-p, b-d, n-u, m-n,..) En los casos de afectación profunda se investigará sobre la realización de la firma, rúbrica, direccion, nombres más familiares ligados a su profesión, conservacion de números, representación gráfica de la hora. Igualmente es de interés la consideración de la expresión taquigráfica, mecanográfica, con letras de molde o con signos gráficos de otros idiomas, e incluso de abreviaturas y siglas. Los componentes apráxicos se ponen de manifiesto en la suciedad del escrito, dudas y rectificaciones. A veces hay diferencias para una y otra mano. Otra dificultad dispráxica es la de los "preparativos de la escritura", como el modo de co-

ger el lapiz, la postura del miembro superior, y el desequilibrio entre la intención y el resultado operativo.

- 2º) La escritura al dictado estará totalmente abolida o evidenciará errores como los citados. Puede ayudarse al sujeto diciendole las letras que debe poner, aunque esto no siempre es eficaz, o silabearle las palabras. La perfección de la tarea está subordinada a la complejidad conceptual, estructural, sintáctica, de longitud de la frase e incluso del modo de serle dicha al tiempo de transcribirla. Siempre estarán presentes las sutiles relaciones entre la expresión y la comprensión del escrito y de lo escuchado. Algunos agráficos solo representan algunas letras aisladas.
- 3º) La escritura copiada está más conservada. Se ejecuta con el mismo tipo de letra que el paciente poseía antes o bien con la denominada escritura servil, por ser como el dibujo del modelo. La primera posibilidad es que el agráfico tenga una más facil recuperación. La propia caligrafía a veces la vamos observando reaparecer poco a poco a lo largo de las semanas, aunque no es infrecuente que persista modificación de algún rasgo. Pero hay agráficos que no llegan ni a copiar letreros, o solo los de determinada tipografía. Los errores suelen aumentar cuando se copia una misma palabra o frase varias veces seguidas, por la monotonía del ejercicio y disminución de la motivación, lo que hace desaconsejar este tipo de ejercicio, de profunda tradición escolar. La copia de escritos desencadena a veces el fenómeno apráxico del "closing-in" de FAYER-GROSS consistente en querer repasar el modelo, los casos no muy intensos se contrarrestarán poniendo el modelo en otro papel y en distinta posición espacial. Hay descrita la ecografía de PICK, consistente en la repetición

de algo previamente escrito o, también, en la copia de una pregunta formulada por escrito en lugar de contestarla.

La escritura, como actividad intencional y expresiva, solo es factible ontogenéticamente cuando el sujeto es capaz de utilizar el lenguaje verbal como elemento integrante y consustancial a sus procesos ideativos y como traslación inmediata a sus deseos y necesidades. Es decir, cuando el lenguaje ha adquirido ya un desarrollo y preponderancia tales que ha transformado las funciones mentales superiores dotándolas de una nueva dimensión. Por ello únicamente tendrá sentido su reeducación cuando el individuo se encuentre en estas condiciones y no antes. B. DE QUIROS señala cómo el lenguaje escrito más lento pero más organizado que el verbal exige una elucubración gramatical alcanzable a partir de una reorganización del lenguaje interior, de la utilización de unos moldes lógicos en los que encauzar la intencionalidad de la persona, que en el caso del niño solo es posible a los 5-6 años de edad. TOMATIS, por su parte, señala que la palabra escrita es la traslación gráfica del lenguaje verbal y no directamente del concepto o de la idea que éste vehicula, con lo queda patente el valor de los circuitos audio-vocales como premisa indispensable para la escritura junto a la indemnidad del lenguaje interior.

Desde otra perspectiva nos encontramos con que el fenómeno de la escritura conlleva importantes servidumbres instrumentales, que se pondrían de manifiesto de modo más llamativo en el curso de parálisis y apraxias del miembro superior dominante. Los estudios experimentales llevados a cabo por AJURIAGUERRA, AUZIAS y DENNER indican que en el niño la posesión plena de la escritura se logra en el curso de varios años como culminación de un largo proceso de aprendizaje que requiere la superación

de distintas etapas en las que tienen lugar cambios estáticos y dinámicos no solo en miembros superiores, sino en toda la actitud corporal. Son estadios madurativos en los que se adoptan y abandonan distintos patrones de movimiento y posturales en una evolución hacia el dominio de acciones más finas y discriminadas, económicas, regulares, personales y efectuadas con progresiva facilidad y soltura. Así, y entre una gran cantidad de puntos que han sido analizados con minuciosidad, se señalan las siguientes tendencias evolutivas:

- Control tónico postural de tronco y cabeza, que se acompaña de un enderezamiento progresivo respecto al plano de la mesa donde se encuentra el papel.
- Mayor libertad de todo el miembro superior que paulatinamente se separa del tronco y se apoya, con ligereza creciente, en el antebrazo y muñeca al tiempo que el codo propende a quedar fijo para que respecto a él gire el antebrazo al prono-supinarse.
- Mayor autonomía de todos los segmentos del miembro superior con pérdida del envaramiento, rigidez y crispación. Los movimientos responsables de los trazos se deben cada vez más a pequeños movimientos de muñeca y dedos, mientras que el resto del miembro se limita a la función de soporte cómodo y a llevar a cabo los desplazamientos a lo largo de los renglones.
- El ángulo de la mano con el renglón tiende a ser mayor, sobre todo al final del mismo. Esto se favorece por la pequeña inclinación que se da al papel.
- Mayor continuidad, simplicidad y desahogo de los movimientos de gran progresión, realizados con todo el miembro, y que se hacen de forma intermitente a lo largo del acto de escribir, y de los de pequeña progresión circunscritos a muñeca y dedos.

Todos estos cambios tienen lugar a lo largo de tres etapas:

- a) Precaligráfica, que se extiende durante los primeros momentos de aprendizaje del escribiente. Permite familiarizarse con los útiles de escritura y a hacer la equivalencia lenguaje verbal-escrito. Se caracteriza por la tosquedad de los trazos con omisiones, sustituciones, asimilaciones, errores de palabras, sílabas y letras.
- b) Caligráfica, que alcanza hasta el momento en que el individuo logra escribir con ortodoxa corrección con una letra estandarizada y convencional.
- c) Postcaligráfica, que se desarrolla hasta la edad adulta y en la que el sujeto adopta una forma de escribir personal y diferenciada hasta el punto de ir en detrimento de la legibilidad característica de la etapa anterior. Es una forma de escribir reflejo de la personalidad de cada uno, por lo que junto a los aspectos meramente morfológicos existe también una peculiar manera de organizar las frases y de expresar las ideas en la redacción libre. Se incluye en ella, pues, el estilo de cada individuo y en términos artísticos de cada escritor.

En la práctica no se demuestra un exacto paralelismo entre las agrafias afasicas y los estadios de adquisición de la escritura. El deterioro que encontramos afecta tanto a los contenidos comunicativos que se pretenden expresar como los aspectos instrumentales. Así pues, la reeducación se hará desde una de las siguientes disyuntivas:

- A) Empleo de la escritura, o de ejercicios adscritos a ella, para potenciar el lenguaje verbal, por estar éste más conservado.
- B) Estimulación máxima de la escritura que está muy conservada

a diferencia de lo que ocurre con la verbalización. Se trata de que la escritura sustituya al habla cuya reconstrucción es difícil y problemática. (anartrias intensas).

- C) Potenciación equilibrada de ambas expresividades por presentar semejantes posibilidades recuperativas.
- D) Escritura como actividad adiestradora de la manipulación, de la mano dominante si está algo afectada senso-motrizmente, o de la contralateral si fuera necesario por afectación profunda de la anterior. Las sutiles relaciones entre manipulación y lenguaje hacen pensar que estos entrenamientos sean de valor para el afásico en relación con su fórmula de lateralización que se reforzaría o reconstruiría así.

Las actividades reeducadoras prescritas versarán sobre:

- a) Ejercicios precaligráficos en los que se incluyen todos aquellos empleados para mejorar la manipulación, con lo que nos remitimos al capítulo de adiestramientos manipulativos específicos. También son encuadrables en este apartado los de contorno manual o instrumental letreros de tamaños decrecientes para reforzar las sensaciones propioceptivas y anular los componentes apráxicos. Serán letreros cortos.
- b) Escritura de palabras aisladas mediante:
 - Copia.
 - Dictado.
 - Consideración de los objetos, o su representación gráfica.
 - Procedimientos mixtos.

La graduación de dificultades se hará según número de sílabas, de letras y grado de cotidianidad o concreción conceptual. Se recomiendan también los crucigramas simples y trabajar con palabras apofonas.

- c) Ejercicios de completar palabras incompletas, por una o más letras según los anteriores criterios de progresión.

- d) Ejercicios de completar frases incompletas con palabras finales evidentes. También partículas gramaticales intermedias. Se puede recurrir a representaciones gráficas de escenas, o viñetas, para ayudar a encontrar las palabras ausentes.
- e) Ejercicios de descripción o definición por escrito de objetos y escenas.
- f) Ejercicios de copia de frases, párrafos. Manualmente y a máquina.
- g) Ejercicios de redacción libre sobre un tema.
- h) Ejercicios de enumeración, por escrito, de palabras con un parentesco común vario (estructural, temático, gramatical, etc.).
- i) Dictado de frases de longitud creciente, de párrafos completos. Son de particular interés en las afasias con llamativos componentes conductivos.
- j) Enumeración escrita de palabras que comiencen por una determinada letra o sílaba. O que terminen por ellas. O las que llevan un fonema en determinado contexto fónico.
- k) Ejercicios varios de dactilografía. Empleando tipos de letra ya impresos y móviles.

Los aspectos instrumentales de la escritura, sobre los que versarían específicamente los ejercicios precaligráficos, desempeñan un importante papel por ser el primer obstáculo a vencer. Se ha descrito un síntoma patológico que las escuelas reflexológicas denominan "inercia de los estereotipos motores", consiste en una anormal perseveración ejecutiva de un grafismo que bloquee la realización del siguiente o que se deteriore poco a poco la continuación de una serie secuencial de trazos. Los ejercicios de reproducción rítmica, o la asociación de estos con tareas gráficas, facilita su regresión. También son aprovechables los de mantenimiento general de la atención y de alertación y ejecución

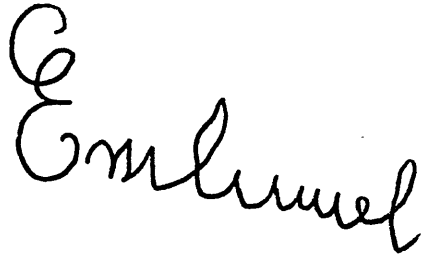
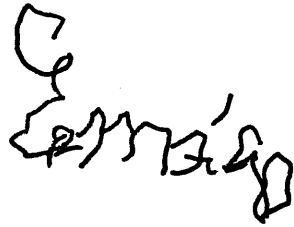
rápida de instrucciones.

Los disturbios agnósicos también participan del fracaso de la escritura y demás grafismos. Son componentes agnósico-visuales más o menos manifiestos como el descrito por BALINT y llamado de agnosia simultánea. Consiste en el reconocimiento únicamente de los objetos por separado con lo que habrá grandes dificultades para señalar, denominar o leer elementos varios de una misma lámina. Otro trastorno descrito es la dificultad para integrar el control de la punta del lápiz en movimiento y de la forma del grafismo que se va trazando, su reeducación será con actividades de perfeccionamiento del control ojo-mano.

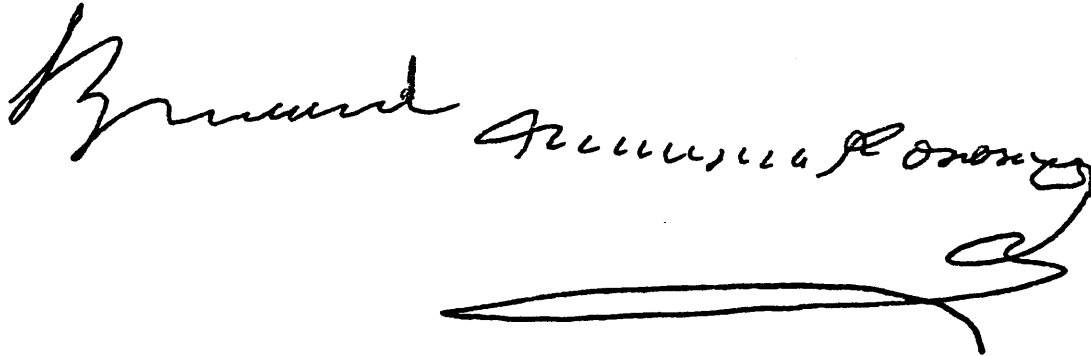
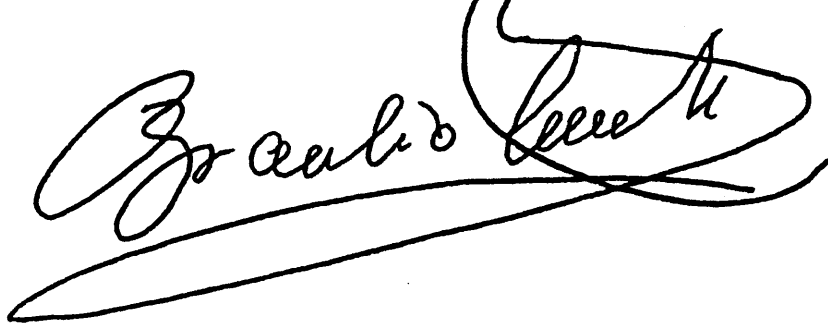
LURIA, KAUFMAN y ANANIEV han sistematizado, para reeducarlas, las principales formas de patología gráfica. Son:

- Pérdida de la correcta estructuración de los rasgos individuales de cada letra que, no obstante, están indemnes. El resultado es una escritura fea con las letras distorsionadas.
- Afectación de la espacialidad con letras invertidas que dan lugar a la típica escritura especular.
- Afectación de la significación fonética de las letras, que ocasiona abundantes paragrafias.
- Pérdida del análisis acústico inherente al acto de escribir. Es típica la imposibilidad para dictados. Si se conserva la autoconcienciación bien, hay una tendencia a las correcciones sucesivas y dubitaciones.
- Abolición de los esquemas articulatorios internos, con muchas paragrafias. Aparece en anartrias y afasias motoras.
- Pérdida de los patrones secuenciales necesarios para reproducir las palabras. Las letras aisladas, e incluso sílabas sencillas, se escriben bien. En los casos más leves habrá abundantes trasposiciones y metátesis.

Para las dos primeras variedades están particularmente recomendadas las actividades manipulativas y de adiestramiento a los grafismos, así como los entrenamientos espaciales. En las dos siguientes se impone una intensa reeducación de la comprensión, de la discriminación auditiva verbal para fonemas, palabras y frases tanto en lo que se refiere al autocontrol verbal como respecto a los demás parlantes. Cuando está comprometida la articulación se focalizarán los ejercicios hacia las praxias buco-linguo-faciales, ya descritas, pero buscándose su condicionamiento o asociación con la escritura. Finalmente en las pérdidas de los patrones secuenciales se instaurarán ejercicios de lecto-escritura de carácter muy analítico junto a un mejoramiento de las nociones espaciales.



En los pacientes agráficos la firma es frecuentemente lo más conservado del lenguaje escrito. En esta paciente, de nombre Emiliana, la primera vez que se la pidió que firmase se obtuvo el resultado que figura en primer lugar, siendo incapaz de escribir cualquier otra cosa espontáneamente. Al cabo de tres días de insistir en que escribiese su nombre logró la segunda muestra pese a que el resto del lenguaje escrito permanecía igualmente abolido que días atrás. Sin embargo se consiguió así abrir un camino reeducativo por el que posteriormente y de modo paulatino se perfeccionaron las capacidades manipulativas gráficas e incluso verbales. Se aprecia como la primera letra es la mejor hecha y que luego hay algunos vacíos intercalados en el nombre correspondientes a letras cuya ejecución en el contexto general de la firma resulta más anodino. El apellido no fue posible que lo escribiese hasta varias semanas después. En la primera muestra se aprecia una "g" paragráfica que si bien no lo tenía el nombre sí pertenecía al apellido, en la segunda ya no aparece dando idea de una mayor concienciación del escrito y delimitación conceptual y operativo de lo que se pretendía escribirse.



Firmas de un paciente con afasia de dos años de evolución durante los cuales remitió parcialmente. La primera corresponde a antes de sufrir la lesión cerebral. Se aprecia como en la segunda hay un empobrecimiento de los rasgos de las letras y de la propia rúbrica que aun manteniéndose semejante aparece desarbolada y empesueñecida respecto al nombre y los apellidos. Hay un afán de minuciosidad y al mismo tiempo ininteligibilidad en las letras aunque las primeras de cada palabra están más conservadas, como es habitual. El paciente tenía una agrafia severa que solo le permitía escribir palabras sueltas, el lenguaje oral estaba en cambio mucho más conservado.

| | | |
|--------------|--------------|---|
| A | | L |
| B | | M |
| C | | N |
| CH | | O |
| F | U | P |
| G | V | Q |
| C | Z | R |
| LA | | S |
| E | | T |
| F | | U |
| G | | V |
| H | | X |
| I | | Y |
| J | | Z |
| K | | |

Como el lenguaje automatizado es el mejor conservado normalmente se tratará de aprovechar el recitado del abecedario con lo que se fuerza la emisión de determinados fonemas quizás abolidos. Así favorecemos también la mera fluidez elocutiva. Pero los errores no se descartan totalmente, como en el caso que arriba se recoge en donde se aprecia una laguna a continuación de la "CH", dificultades mal resueltas en la "F", omisión de "U", "V", "W" y perseveración de "Z". La forma de escribir, de arriba hacia abajo, la adoptó el sujeto libremente y es curioso observar como durante los momentos de confusión, después de escribir la "CH", empezó a escribir de izquierda a derecha para volver a el modo inicial cuando se rehizo del citado bache.

Madre, nuestro, que
dostros, en los cielos
santificadlo es sea
Tu nombre, diga vlr

olación largo en la fecha del
se es mayor se de poco a mas

Las expresiones más automatizadas a lo largo de la vida del sujeto están siempre más conservadas. En este caso, del que se presentan dos fragmentos de escritura llevados a cabo en la misma fecha, se aprecia como la escritura del primero es de una calidad superior a la del segundo. Así pues la conservación no se refiere solo al lenguaje verbal sino también al escrito como en el fragmento del "Padrenuestro" que se recoge como muestra.

Hemos hablado conisim de balance
de menor sistemas mediante con
me

Acua habbade un marca los timales
de meacion no me 52/10-251
CIT mecion 52 meacion dada hoy

Fragmento de un escrito en el que se aprecia una jergografía, mogigrafía y perseveraciones en la última línea. El paciente, de 58 años de edad, era ejecutivo de una empresa industrial con anterioridad a sufrir el A.V.C. responsable de su afasia. En las líneas que se reproducen se aprecia una cierta conservación de hábitos de escritura de la correspondencia comercial que sin duda realizaba con gran frecuencia en su trabajo. Los rasgos de la letra son, aunque deteriorados y de menor tamaño, iguales a los que empleaba hasta entonces.

PETRA

PETRA

PETRA

La escritura copiada es siempre la de mas facil realizaci6n, sin embargo a veces es imposible o se incurre con ella en errores de bulto. En el caso de esta paciente en donde se pretendia que reprodujese su nombre apreciamos como en el primer intento junto a la imperfeccion general hay paragrafias. En el segundo, que tuvo lugar al cabo de unos dias las imperfecciones son algo menores y las paragrafias han desaparecido. Hay que tener en cuenta que en la mayoria de los casos la escritura tiene lugar con la mano izquierda por padecer el sujeto hemiplejia lo cual acentua la imperfeccion de los rasgos junto a los factores apraxicos acompa~antes.

PAN

g A n

CASA

E A [A

PEZ

g E z

OJO

OJO

Cuatro ejemplos de palabras copiadas por el mismo afásico. Volvemos a encontrar la específica dificultad de reproducción de letras con líneas oblicuas, como la "Z" o la "S", y el curioso fenómeno de inversión de la letra "P" de un modo análogo a lo que sucede en niños con dislexia. Se ha relacionado uno y otro defecto a defectuoso intercambio de información entre uno y otro hemisferio. Las cuatro palabras eran cortas y frecuentes lo que facilita su reproducción, al igual que los caracteres tipográficos empleados en el modelo. El paciente a recurrido a copiar las palabras de un modo servil, sin embargo en la palabra "OJO", y sobre todo en la "J", se aprecia como un inicio de escritura más personal y propia que se independiza del modelo y se aproxima, en cambio, al tipo de escritura empleado por el sujeto con anterioridad a sufrir su A.V.C.

SAL

SAL

SAL

SAL

Ejemplo de la evolución de la escritura copiada de una palabra, SAL, a lo largo de cuatro semanas. Como se aprecia la mayor dificultad radica en la "S" y la "A" particularmente en lo que estas letras tienen de elementos curvos o diagonales. Estos detalles tan frecuentes en los afásicos muestran hasta qué punto se entremezclan en el síndrome factores espaciales en donde las nociones direccionales, de derecha e izquierda y de control, ojo-mano en la ejecución de trazos curvos, más complejos por sus implicaciones de cambio direccional intencional, se encuentran particularmente comprometidos. La pequeña longitud de la palabra y su concreción y frecuente uso facilitan, por otro lado, su reproducción.

ATROPELLO

ATROPELLO

atropello

La escritura copiada servilmente, es decir como mero dibujo de las letras componentes de la palabra que se ofrece, suele ser siempre la más conservada. Sin embargo en este caso no sucedió así y como puede apreciarse la copia fue considerablemente más perfecta cuando el paciente recurrió a su propio tipo de letra habitual. Como se ve se trató del segundo intento ya que en el primero recurrió al escrito mediante caracteres de imprenta posteriormente al repetir la copia cambió de modo de escribir y él mismo quedó sorprendido de la facilidad conque le fue posible emplear su escritura más personal.

*¡que poesía cobra la adivinación de lo lejano,
el confuso recuerdo de lo apenas conocido!*

Fragmento de escritura copiada de un fragmento literario del gusto del paciente. Es interesante investigar sobre las lecturas favoritas de los afásicos cuyo estado les permite llevarlas a cabo, de este modo se favorece la motivación de las tareas que en este sentido se les pueda prescribir. En el caso que consideramos se aprecia una paragrafia literal que actúa como verdadera perseveración. El texto correcto es: "¡Qué poesía cobra la adivinación de lo lejano, el confuso recuerdo de lo apenas conocido!" pero el sujeto ha escrito: "¡que poesie cobra la edivenección de lo lejano, el confuso recuerdo de lo epenes conocido!".

Las empresas multinacionales son
 Las empresas multinacionales son
 Las empresas multinacionales son
 Las empresas multinacionales son

Las simples copias rutinarias de frases, influenciadas por antiguas tareas escolares, tienen muy poco valor en la reeducación del afásico. En el fragmento que reproducimos se aprecian varios errores. En primer lugar se trataba de una frase muy larga y poco ligada a la realidad inmediata del sujeto ("Las empresas multinacionales son de origen extranjero") al mismo tiempo la copia pasiva impide una buena concienciación de lo que se hace y así vemos como un error inicial, la paragrafia silábica "ME" en vez de "NA", persiste en todos los renglones sin que ni siquiera se vea intención de corrección. También se pone de manifiesto que el sujeto trabajaba solo ya que nadie le hizo ver oportunamente el error cometido. Estos hechos deben siempre ser evitados en el curso del tratamiento reeducativo del lenguaje verbal y escrito.

Casa

Ferrocarril

En la escritura al dictado, cuando es posible, influye mucho la propia estructura de las palabras. En este caso se aprecia que el paciente que fue capaz de escribir fácilmente y sin ninguna dificultad la palabra "casa" fracasa cuando se trata de "ferrocarril". El mismo inicio está alterado, "T" por "F", la tercera sílaba aunque corregida termina por resultar satisfactoria pero al final hay un descontrol marcado en donde la atención del paciente acaba por perderse.

| | | |
|-------------------|--------------------|-------------|
| <i>Estrategia</i> | <i>Ferrocarril</i> | <i>Fray</i> |
| <i>Estrategia</i> | <i>Ferrocarril</i> | <i>Fray</i> |
| | <i>Ferrocarril</i> | <i>Fray</i> |
| | <i>Ferrocarril</i> | |

Tanteos sucesivos en la escritura de tres palabras algo complejas, por presentar sílabas con más de una consonante, que se dictaban. Cada una de ellas ha requerido distinto número de intentos cada uno de los cuales se analizaba, se leía en alta voz y se discutía con el paciente los lugares donde aún persistía algún error. La palabra "estrategia" fue la primera escrita correctamente de las tres, seguida de "fray" y de "ferrocarril". Esta paciente presentaba únicamente algunos disturbios agráficos ante palabras poco corrientes y de ahí que se le presentasen estas tres como objeto de entrenamiento.

Iba repiindo reci repitiendo ej en vac vaz ronca:
LPregunten a Mosen Millan; el me conoce. Se kyeron
das o tres tiros mas. Luego sigio un silencio
El oueblo entero estaba callado y m sombrío, coma
una inmensa tumba. La La Jeronima habia vuelto a
salir.e iba al carasol, ella sola, hablando para si.
El e En el carasol daha voces cuando freia que no
p9 podian aila aurla, y itras vesec calloba y se
ood ponía a cintar en kās rocas las hyellas de kas
balas.

Fragmento de escritura mecanográfica de un afásico con conocimientos previos de ella. Se aprecian errores bien concienciados, que ha tratado de corregir a continuación, junto a otros sobre los que pasa de largo. Algunas paragrafias son de caracter típicamente afásico y otras más bien apráxicas ya que las letras cambiadas lo son por otras vecinas del teclado como si el dedo al ir a golpear la tecla lo hiciese con mala puntería. Cuando el sujeto escribió este fragmento la recuperación de la expresión y comprensión era casi total y los mayores errores los cometía precisamente al escribir a máquina. Sin embargo el nivel de calidad es muy superior al del paciente de la figura anterior.

jr

juen eeesf e

j

u

uceescalán

Escalara

Juan EscalalaJadda

Escalara

Escalarda

Escalada

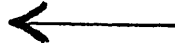
juar Ase Escalada

L Juan Escalada



Juan De Escalado

Juan Escalada



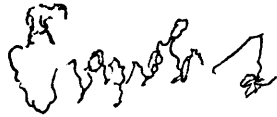
El fragmento de escritura mecanográfica aquí recogido pertenece a un paciente afásico, con buena comprensión y fluidez verbal aceptable, con profundos conocimientos de dactilografía en razón de su profesión de administrativo. En esta muestra se observan paragrafias literales y perseveraciones en sus intentos de poner su nombre, que aparece correctamente en los lugares señalados con una flecha. La reeducación en este caso incluyó tareas de escribir a máquina, en la que el sujeto experimentó una mejoría paralela a la del resto de sus canales expresivos.

Q W E R T Y U I O P
A S D F G H J K L Ñ
Z X C V B N M

Disgineuido amigo y socio:

Hace ya algunos meses que tuvimos ocasiones de darle nuestro sincera bienvenida al Club. Sin embargo aún no nos ha conviado su primer encargo, y por lo tanto, no hemos tenido la oportinidad de demostrarles la calidad y eficacia de nuestro servicio.

En la parte superior aparece la disposición del tablero de letras de una máquina de escribir. A continuación se recoge un fragmento de escritura a máquina de un paciente con una afasia residual que durante su vida practicó diariamente esta actividad por razones laborales. Se aprecian varias parafasias literales de las que algunas estarían facilitadas por la contigüidad de letras en el tablero ("conviado" en vez de confiado, "opprinidad" por oportunidad) y otras en cambio más bien por trastornos lingüísticos genuinos ("Club", "amigo", "encargo", "embargo"). Hay omisiones ("oportinidad") perseveraciones ("embargo) y parafasias en cuanto al número ("ocasiones", "demostrarles").



Sucedo en ocasiones que las dificultades para escribir están más ligadas a problemas manipulativos dispraxicos que a los estrictamente agráficos, o incluso afásicos. Este paciente intentó escribir su nombre "Emilio" y la palabra "mesa" cuando fue invitado a ello. Sin embargo pese a que las pronunció sin dificultades y a que concienoiaba perfectamente sus dificultades ejecutivas no consiguió escribirlas mejor. La inseguridad de los trazos, los intentos de corrección sin resultado y, en definitiva, la imposibilidad de control manipulativo adecuado demuestran el predominio de los disturbios apráxicos.

las copas la manypria son de cristal
hay muchas velas en las iglesias
la kalmbia sirve para hacer caldo



Cuando es factible el paciente procederá a inventar frases a partir de una palabra inicial que se le proporciona como pretexto. Otras veces mediante láminas en las que se representan objetos, como en este caso en el que el sujeto dibujaba lo que veía y a continuación decía una frase en alta voz y por escrito. Se trata de actividades en las que se da al paciente un cierto grado de autonomía para que incluso trabaje por su cuenta fuera de las horas específicas de tratamiento con el terapeuta.

JUEGO

Juego. Baraja

HOMBRE

hombre y segador

Construir frases es indudablemente una actividad compleja que solo es posible cuando ya se ha alcanzado un buen grado de recuperación de la afasia. En este caso que se reproduce el paciente no fue capaz de decir una oración perfectamente estructurada sintácticamente a partir de las dos palabras, "juego" y "hombre", que se le proporcionaron como punto de partida. Recurrió a una asociación de palabras, "baraja" y "segador" respectivamente, que tenían el valor de palabras-frases de un modo semejante a lo que sucede en el lenguaje infantil. La intencionalidad parecía dirigida a decir "El juego de las cartas se hace con una baraja" y "Los segadores son unos hombres" o algo semejante. Las palabras de la izquierda fueron escritas por el terapeuta.

GORDO: delgado ^{este} este niño

CLAVEL: Rosa de un farron

TINTERO: pluma para escribir

Los ejercicios de inventar frases a partir de una palabra tienen muchas veces un importante componente de evocadores de conceptos e ideas múltiples. Mediante ellos el paciente rememora otras palabras y establece toda una serie de asociaciones de palabras que favorecen su fluidez verbal. En este caso concreto vemos que aunque no se logró la idea inicial de lograr una frase completa y bien estructurada con cada una de las palabras, sin embargo se obtuvo una importante movilización de sus recursos lingüísticos. Junto con ello se intentó una estimulación ideatoria mediante comentarios con el terapeuta acerca de lo que se le había pedido, de lo que él había hecho y sobre las escenas en las que se había fundamentado para dar esas respuestas.

Corvata

Corvata

Es muy importante insistir en que el paciente controle y concienzamente lo mejor posible sus manifestaciones verbales y gráficas. En este caso el primer intento por escribir la palabra "corbata" trajo consigo una paragrafia literal, o al menos una dificultad ejecutiva, en la "T". Cuando, a continuación se indicó al paciente que se fijase mejor en lo que hacía y que dijese en alta voz lo que iba escribiendo se obtuvo la segunda respuesta que como se ve es más satisfactoria. En cuanto al cambio de "B" por "V" queda siempre la duda de si el sujeto escribía previamente a su minusvalía dicha palabra de una forma u otra. En cualquier caso el corregir en el afásico sus posibles faltas de ortografía tiene, como se comprende fácilmente, un interés muy reducido y secundario. En este caso concreto nunca se le tuvieron en cuenta.

Lo economico es importante desde luego y el paro y el no tener que comer mañana. Pero aún es más importante la paz civil, y he y que reconocer que en esta Cámara

El escrito aquí recogido corresponde a un paciente cuya afasia y hemiplejia derecha practicamente remitieron por completo. Se trata de un texto copiado de un periódico en el que únicamente se aprecia una muy ligera afectación caligráfica, comparado con el tipo de letra que empleaba con anterioridad a la lesión, y una omisión silábica en la segunda palabra, "económico", que no se vuelve a evidenciar en un gran número de renglones anteriores y posteriores al fragmento reproducido. El ejercicio de copiar, que el sujeto llevaba a cabo lentamente para evitar errores, se convirtió en el preferido y prácticamente único que acabó por realizar por su cuenta y en el que progresivamente alcanzó una mayor facilidad y perfección.

una pequeña población de dos habitantes en el invierno y que sobrepasa los cinco mil en verano. Este aumento de residentes crea numerosos problemas de agua en los últimos, que este último verano se agravan con una importante manifestación y un malestar público a causa de que el intento de presa el que se gastaron unos siete millones de pesetas fracasó rotundamente, ya que los caudales que se plusaban

Otro fragmento de escritura copiada de un periódico. Este paciente presenta alteraciones instrumentales en la realización de los grafismos (temblorosos, inseguros) y algunas omisiones de letras y palabras, lo que denota peor concienciación. Aquí es recomendable la lectura de cada renglón escrito antes de pasar al siguiente para mejorar la calidad

LOS TRASTORNOS COMPRENSIVOS.

I.- EL LENGUAJE VERBAL.

No es fácil deslindar por completo lo que en la comunicación humana hay de recepción y expresión, de cifrado y descifrado, especialmente si la consideramos en su sentido más amplio en donde confluyen formas de actividad o tomas de contacto con el entorno que acompañan estrechamente al lenguaje verbal aunque sin identificarse de forma absoluta con él. LIBERMAN, desde una óptica cibernética de la lingüística a nivel neurofisiológico establece que los procesos comprensivos del lenguaje incluyen ya aspectos operativos de la expresividad con lo que hace una crítica de los intentos de querer adjudicar a áreas corticales independientes la comprensión y la expresión. Para LURIA en los mecanismos neuropsicológicos de la comprensión interviene tanto el analizador auditivo como el motor.

Las capacidades comprensivas de un individuo están, en último término en función de los conocimientos, vivencias y experiencias culturales que adquirió a lo largo de su vida. Y todo ello, naturalmente, con independencia de los íntimos mecanismos mediante los cuales se verifica el hecho del lenguaje en sí. Hay una comprensión global o general de aquellas frases habituales, cotidianas o de desarrollo lógico evidente. Frente a ella existe otra de carácter analítico-sintético para enunciados complejos, inusuales o de contenido poco conocido hasta entonces en los que se exige un esfuerzo de la atención para interpretar concretamente cada una de las palabras empleadas. En un caso u otro TSVETKOVA distingue dos niveles:

A) Nivel meramente lingüístico, con tres estratos a su vez:

- a) Análisis de los sonidos recibidos.
- b) Retención mnésica elemental del mensaje.
- c) Análisis de las peculiaridades sintáctico-gramaticales.

B) Nivel psicológico en el que se abarca totalmente la intencionalidad de lo recibido con todas las implicaciones emocionales y conductales que lleva inherente para cada sujeto receptor.

Cada uno, o varios, de estos aspectos se puede encontrar afectado en la afasia.

El grado de comprensión varía mucho dentro de una escala que va desde las agnosias auditivas, en las que el defecto es tan profundo que sobrepasa con mucho la órbita del lenguaje para afectar a la interpretación de cualquier ruido, hasta ligeros deterioros que solo se pondrían de manifiesto al dirigir al paciente órdenes muy complejas o parlamentos muy largos y de considerable dificultad conceptual y abstracta. ALAJOUANINE distingue las siguientes modalidades:

- A) La incomprensión agnósica genuina, supralingüística, pero que repercutiría en el lenguaje por imposibilidad de reconocer las sílabas y palabras aisladas ya que en forma de frases resulta más fácil si se suministran en un contexto reforzador polisensorial o emocional (LHERMITTE).
- B) La incomprensión genuinamente lingüística en la que habría mayor conservación del significado de las palabras aisladas frente a las frases. Se diferencian a su vez dos subpartados:
- La incomprensión fonética, o de las unidades elementales del mensaje.
 - La incomprensión semántica, radicada en un estadio siguiente del proceso integrativo de la comprensión verbal.

El modo de abordar el problema que acabamos de exponer difiere de otros razonamientos más didácticos y expositivos que verdaderamente aproximativos al mecanismo íntimo de la comprensión verbal. La concepción clásica comprende tres etapas:

- 1º: Percepción del estímulo acústico que lleva el símbolo verbal. Es la etapa sensorial.
- 2º: Identificación del símbolo con la idea que conlleva, es decir del significante con el significado. Etapa amnésica.
- 3º: Comprensión final y general del sentido e intencionalidad del mensaje, o etapa intelectual. En el afásico comprometidas estas dos últimas etapas pero sin olvidar que son aplicables a áreas más amplias que la estrictamente verbal.

Para las escuelas reflexológicas habría en este tipo de disturbios un importante componente de predominio patológico del fenómeno de la inhibición. Se pondría de manifiesto no solo en la comprensión en sí, sino también en un enlentecimiento o bloqueo entre los eslabones estímulo-comprensión-respuesta adecuada.

De todas formas las diferencias cuantitativas y cualitativas que es posible descubrir en unos afásicos u otros en lo referente a este tipo de trastornos a servido para establecer diferentes modalidades de afasia o incluso separar de ella ciertos cuadros afines, como en la anartria de PIERRE MARIE en la que teóricamente no habría menoscabo comprensivo alguno. En cualquier caso debemos tener en cuenta los trastornos de la comprensión no ligados directamente al lenguaje sino a la esfera intelectual, donde deterioros del psiquismo debidos a la propia índole de la enfermedad o lesión cerebral causal merman y empobrecen las posibilidades de establecimiento de relaciones comunicativas con otras personas o el propio entorno.

No hay que olvidar tampoco la posibilidad de que existan afectaciones sensoriales independientes por completo, e incluso previas, al cuadro afásico, y que al surgir éste determinan un factor negativo importante ya presente antes en potencia. Aparte estarían otros déficits sensoriales, tan frecuentes en

hemipléjicos, y que se analizan en otro lugar. La propia situación de reclusión y limitación hospitalaria en que se encuentra al principio el afásico coharta sus posibilidades comprensivas de lo que sucede a su alrededor. El mero hecho de privar al enfermo de sus gafas, por permanecer acostado o por olvido de sus cuidadores y allegados, compromete mucho la aprehensión de su entorno con lo que los datos obtenidos en una exploración realizada en estas condiciones estarán falseados.

Desde el punto de vista rehabilitativo es conveniente poner de manifiesto las siguientes peculiaridades patológicas encontrables en la esfera de comprensión lingüística del afásico:

- 1) La capacidad comprensiva varía de unos momentos a otros, en el curso de distintas exploraciones, en su medio familiar, con distintas personas, etc. La motivación y el cansancio desempeñan un papel muy importante.
- 2) La información global, verbal y no verbal, que se suministra directa o indirectamente tiene un gran papel. Las aferencias sensoriales secundarias y reforzadoras hacen cambiar por completo las posibilidades comprensivas. DASSEN llega a valorar el comportamiento de las personas presentes al examen como espectadoras.
- 3) Una misma palabra, o incluso frase, será comprendida según se encuentre o no dentro de todo un contexto enunciativo claro y lógico. Junto al contexto verbal hay otro situacional mediante el cual efectuamos con un objeto la misma acción que la vida cotidiana enseña (cortar un papel con unas tijeras o echar agua de una jarra a un vaso). El caso es distinto, y conviene tenerlo muy en cuenta, si empleamos el mismo objeto de un modo inhabitual.
- 4) Son más fáciles de reconocer las frases muy usuales, muy automatizadas, que resulten familiares o que tengan una gran carga afectiva.

- 5) Resultan más fáciles de interpretar las que llevan un correlato de expresividad entonativa, mímica o gesticulatoria.
- 6) Son más difíciles, por el contrario, las palabras y enunciados que entrañan un contenido poco concreto e inmediato, una mayor elaboración abstracta o simbólica, un doble sentido intencional.
- 7) Influye mucho la estructuración gramatical de la frase (DE LAY) según se aproxime más a los patrones de uso más frecuente coloquialmente, que no siempre corresponde con las reglas gramaticales ortodoxas del idioma del paciente.
- 8) Se cometen mas errores cuando se trata de reconocer palabras de aspecto parecido pero de significación independiente e incluso opuesta. Otras veces el afasico, pese a afirmar que las identifica, no es capaz de comprenderlas en toda su completa dimensión, o las asigna significaciones parcialmente equívocas, es lo que KLEIST denominó "paragramatismo" [#] Este autor ideó precisamente una prueba consistente en recitarle series de palabras entre las que se intercalaban algunas inventadas (los "logotomos de HECAEN") para intentar afinar hasta donde llegaba realmente su capacidad de discriminación interpretativa.
- 9) Es frecuente que surjan alteraciones comprensivas en el curso de una conversación, a la que asiste el paciente, de varias personas que tratan de sucesivos temas de forma animada de tal manera que los cambios de ideas y dialogantes son rápidos. Algo semejante sucede cuando se le proponen o enumeran conceptos muy dispares y ajenos entre sí o cuando es instado a que realice, todo seguido, varias acciones que le son ordenadas de una sola vez y encadenadas entre sí. Cabe aquí preguntarse hasta que punto se trata de un disturbio estrictamente comprensivo o si es una limitación para llevar a cabo una síntesis de cada uno de los

elementos del mensaje percibido, lo que explicaría el por qué es capaz de llevar a buen término unos puntos del total mientras omite otros. Precisamente en estos hechos se fundamenta la famosa prueba de PIERRE MARIE, consistente en entregar al paciente tres papeles de distintos tamaños para que el mediano lo tire, el mayor lo guarde y el menor lo entregue; esta prueba exterioriza pequeños trastornos comprensivos en sujetos en los que a primera vista no parecía estar afectada esta capacidad.

- 10) Mediante estudios audiométricos se han evidenciado acusados enlentecimientos (mayores de 0,5 segundos) en la velocidad de reacción o tiempo que media entre la aplicación de un estímulo sonoro y la respuesta del paciente. Ello dificulta la autoconcienciación y autocrítica de las propias exteriorizaciones verbales al existir un desfase sensorio-motor. La logaudiometría sensibilizada, en la que se suministran palabras distorsionadas, permite también objetivar alteraciones comprensivas. Análogamente hay dificultades para la discriminación de determinados sonidos. ALAJOUANINE, AUBRI y PIALOUX aprecian una disminución de la audición para los agudos, sobre todo en el oído dominante (el derecho habitualmente) y TORRE DE GASSÓ subraya las dificultades que entraña la realización de audiometrías en estos sujetos. Por otra parte, el ruido de fondo, tan incrementado en la sociedad contemporánea, dificulta la comprensión verbal más en el afásico que en las demás personas. BEYN, finalmente, resume el problema afirmando que en el afásico sensorial habría trastornos en la percepción de los sonidos de las palabras paralelamente a los que radican en la propia significación de las mismas.
- 11) Cuando los afásicos manejan una cierta cantidad de pala-

bras con las que contestar a preguntas que versan sobre las propiedades o características claramente objetivables de objetos que se les presenta, se aprecia que al recoger la pregunta tiene lugar a veces una modificación en cuanto a la significación e intencionalidad de la misma. Así, por ejemplo, se cambia la utilización por ~~las~~ propiedades, el tamaño por el número, las variedades por las características, el todo por las partes, el lugar por el tiempo, etc. Estas modificaciones metonímicas de la dirección de la respuesta, o lo que llama OMBREDANNE la representación de la intención exacta de la pregunta, no parece radicar únicamente en el aspecto meramente expresivo o motor del lenguaje, sino también en las fases de recepción y elaboración de los mensajes recibidos. JAKOBSON también hace referencia a esta peculiar falta de concreción o difuminación conceptual de las preguntas y respuestas. HEAD, ALAJOUANINE, MOZZICONACCI y otros ven, por su parte, en los disturbios afásicos una desintegración de los niveles categoriales lingüísticos, en sus aspectos aferenciales y eferenciales con lo que, de cierta forma, podría establecerse un paralelismo con el lenguaje infantil. En cualquier caso, las actitudes de dubitación son muy frecuentes en estos pacientes que, además, resultan muy influidos por la actitud adoptada por el terapeuta, hasta el punto de que con bastante facilidad se logra que el paciente, que responde correctamente, llegue a dudar de lo exacto de sus manifestaciones con poco que se le induzca a ello.

- 12) La comprensión de una orden parece deteriorarse cuando hacemos que medie un cierto espacio de tiempo entre el momento en que se da y el de su cumplimentación por él.
- 13) En ocasiones la comprensión se verifica mejor a través de

información auditiva, visual, táctil, olfativa, gustativa o propioceptiva (todo lo cual se relaciona con las diversas formas conocidas de agnosias). A veces el paciente reconoce plenamente un objeto y lo nombra después de haberlo escrito en un papel o bien después de leer su nombre en caracteres de imprenta o manuales (CHARCOT, ZIEHEN).

- 14) Del mismo modo que se describen parafasias en los disturbios afásicos de la expresividad las hay de carácter sensorial.
- 15) Pueden verse afectados selectivamente determinados grupos semánticos de palabras tales como nombres, números, letras, colores, partes del cuerpo, de la oración, figuras, etc.
- 16) BARRAQUER BORDAS al ocuparse de las teorías que se refieren a la indivisibilidad de la expresión y comprensión da valor en especial a los hallazgos de TYLER. Para este autor los trastornos que nos ocupan irían enraizados con otros extralingüísticos, especialmente en la esfera de la exploración visual y sobre el denominado pensamiento visuo perceptivo, es decir habría una dificultad para orientarse y recabar la oportuna información visual del ambiente. Estas alteraciones recuerdan en parte las halladas en niños disléxicos en los que les es difícil seguir las líneas de los renglones sucesivos o percibir y estructurar los elementos menores constitutivos de las palabras y frases, es decir sílabas y palabras. Este más o menos forzado paralelismo estaría en la línea de las similitudes hechas por algunos autores entre dislexias y disfasias, sobre todo a partir de las concepciones que explican este disturbio del aprendizaje de la lecto-escritura con el actualmente denominado "síndrome de disfunción cerebral mínima infantil" o de la "disarmonía cognitiva disgnósica" de GIBELLO. Vol-

viendo a la afasia, se aprecian dificultades para localizar un objeto habitual representado en una lámina estandarizada del tamaño de un folio según el objeto se presente solo o vaya sucesivamente acompañado de dos, cinco, diez o veinte más. En este último caso las dubitaciones y errores son claramente objetivables incluso en paciente en los que en primera instancia no se encontraban problemas comprensivos. La afectación es independiente de una fatigabilidad o latencia incrementadas, pero disminuye paulatinamente con el entrenamiento con el que se rehace una sistematización en la búsqueda del objeto.

- 17) Una mala autoconcienciación de lo que dice el afásico compromete mucho sus posibilidades reeducadoras. Sucede en las jergafasias. Interesa diferenciar el autocontrol para el, lenguaje espontáneo y para el reactivo. Mención especial merece el repetido con lo que nos trasladamos a la consideración de la ecolalia, perseveraciones y estereotipias, en donde siempre hay afectación comprensiva importante. La repetición de lo escuchado es capaz de volver inteligible algo que hasta ese momento no lo era, ya que de este modo se crea un cortocircuito a través de la autocomprensión en el caso de que esta no se vea muy deteriorada. Aquí influyen factores tales como:
- El empleo de una velocidad elocutiva personal y por tanto más favorable.
 - La posibilidad de considerar con mayor detenimiento y atención algunas palabras o fragmentos de la frase en cuestión.
 - La reconstrucción gramatical de la frase o el proceder con ella a efectuar tanteos sintácticos aun cuando sea a un nivel no del todo consciente. En este apartado qui-

zás se encontrara la explicación del por qué en ocasiones se comprenden mejor las palabras aisladas que las engarzadas en ciertas frases.

Un caso opuesto al que acabamos de citar sería el de la dificultad comprensiva que presentan individuos con trastornos articulatorios profundos respecto a ciertas frases y palabras largas o poco comunes. Aquí la incomprensión se debería a la imposibilidad de repetir, aunque sea mentalmente, el vocablo. LURIA, KAUFMAN y NAZAROVA llegan a provocar el fenómeno comprimiendo fuertemente con una varilla la lengua del paciente que así vería bloqueadas sus posibilidades musitadoras. Lo hasta aquí recogido habría que relacionarlo con las ideas de BERNALDO DE QUIRÓS acerca de que la actividad del lenguaje interior tienen un correlato neuroeléctrico siempre, aunque de cuantía varia, con los músculos encargados de hacer posible el lenguaje exterior o lenguaje en alta voz. Estudios electromiográficos llevados a cabo por VAZQUEZ SUAREZ, ASENSIO AVILES y SALINAS SANCHEZ parecen confirmar estas hipótesis ya que han llegado a establecer que los registros verificados en afásicos sensoriales son más pobres, o incluso nulos, que los obtenidos en individuos normales sometidos todos ellos a actividad verbal.

- 18) Determinadas ideas o nociones entrañan una mayor dificultad comprensiva sin que sea del todo factible distinguir los obstáculos estrictamente ideativos o sintáctico-gramaticales mediante los que aquellos son enunciados. LURIA sistematiza el problema distinguiendo las situaciones siguientes:
- Las comparaciones, para las que es recomendable recurrir a la experiencia inmediata y concreta mediante ejercicios con colores, luces, pesos y láminas representativas de

de situaciones varias.

- Las frases inversas o las que se construyen con verbos en voz pasiva. Deberán contrastarse con las equivalentes directas y en voz activa.
- Las situaciones en las que se enuncian relaciones entre dos objetos. Así, respecto a "hombre" y "perro", que son dos palabras de sencilla comprensión o reconocimiento, serían ejemplos de de lo dicho frases como "El perro del hombre" o "El hombre dueño del perro".
- Las frases en las que hay una idea condicional o se expresan mediante preposiciones, o denotan relaciones espaciales relativas.

LURIA ha confeccionado unas pruebas encaminadas a desenmascarar pequeños trastornos comprensivos, poco aparentes a primera vista, de modo análogo a como hicieron HEAD y P. MARIE. El valor de ellas se cifra en la posibilidad de aplicarlas reeducativamente. Son las siguientes:

- Para la estabilización significativa se hace que el paciente señale repetitivamente un pequeño número de objetos, al cabo de un cierto tiempo aparecen errores por vez primera. A medida que mejora el cuadro los errores tardan más en surgir y en menor número. El entrenamiento, pues, actúa favorablemente.
- Para la estabilización mnésica se intercalan pausas crecientes entre el momento en que se cita nominalmente un objeto y el que el sujeto debe señalarle. Hay una escala de complejidades crecientes susceptible de adiestramiento.
- Para la discriminación significativa se procede a la señalización de objetos en diferentes contextos situacionales, algunos afásicos solo aciertan si tienen ante sí el objeto aunque esté mezclado entre otros varios, y empleando frases di-

ferentes.

- Para la discriminación fonética, que como vimos solía afectarse, se emplean láminas que reproducen parejas de objetos, o sus alegorías, con nombres muy semejantes que se diferencian en uno o dos fonemas. Son aprovechables aquí los ejercicios con palabras apófonas. En general los fonemas disyuntivos (como "K" - "T" y "P" - "J") se discriminan mejor que los correlativos (como "T" - "D" y "P" - "B"). Una variedad de esta prueba es la de suministrar las parejas de objetos y hacer que con uno señale el otro cambiando el orden cada vez. En estas confusiones entre fonemas se ha recomendado el despiece de los fonemas constituyentes de cada palabra, seguido de su discriminación y reproducción mediante deletreo, silabeo y concienciación propioceptiva y visual de cada movimiento articulatorio correspondiente a ellos. Lo mismo cabe decir respecto a las frases.

Dentro de los disturbios comprensivo-verbales cabe incluir algunas manifestaciones patológicas que aunque no afectan directamente a la comprensión, sí lo hacen respecto a sus efectos. Hay que tener en cuenta que habitualmente el lenguaje tiene siempre un efecto primordial sobre el comportamiento del hombre, es decir que a través de la palabra actuamos sobre los demás y sobre nosotros mismos condicionando nuestras acciones y actos. En las lesiones del cortex cerebral frontal se ha descrito un trastorno caracterizado precisamente por la disociación entre el lenguaje y la conducta, de tal manera que el paciente comprende una orden pero hace caso omiso de su cumplimiento. LURIA lo denomina "pérdida de la influencia reguladora del lenguaje" y, más o menos acentuado, se encuentra en muchos afásicos. Su reeducación se verifica aprovechando los contextos situacionales al dar las órdenes y con sesiones representativas.

La aplicación comprensiva de los sonidos naturales.

Ya se ha hecho referencia a las dificultades comprensivas del afásico en los casos, no demasiado infrecuentes, en que hay un componente de agnosia auditiva. Ello se traduce en confusiones y enlentecimientos interpretativos de los sonidos naturales y verbales.

A continuación se recoge una selección de sonidos naturales que se pueden grabar en cinta o reproducirlos "in situ", con el instrumental adecuado para que el sujeto proceda a:

- Reconocerles e identificarles.
- Denominarles.
- Incrementar su rapidez de respuesta.

Los ruidos se asociarán o no a las imágenes visuales correspondientes lo que se presta al empleo de aparatos de enseñanza y demás medios audiovisuales.

Naturalmente las experiencias previas del paciente influyen en los resultados. Algunos ruidos los podrá incluso imitar él mismo con o sin ayudas de utillaje.

- | | | |
|---------------------|---------------------|----------------------|
| - Reir | - Llorar | - Soplar |
| - Respirar | - Correr el agua | - Aplaudir |
| - Bostezar | - Escupir | - Silbar |
| - Portazo | - Timbre | - Llamar a la puerta |
| - Telefono | - Lluvia | - Viento |
| - Olas | - Martillazos | - Coche |
| - Disparo | - Ametralladora | - Cañón |
| - Golpes en cristal | - Gotear | - Remar |
| - Conversar | - Multitud | - Llanto infantil |
| - Grito doloroso | - Ladrido | - Maullido |
| - Mugido | - Relincho | - Rebuzno |
| - Gallina | - Gallo | - Serpiente |
| - León | - Lobo | - Oveja |
| - Chicharra | - Moscardón | - Rana |
| - Grillo | - Pájaros | - Cuervos |
| - Rebaño | - Abrir puerta | - Cerrar puerta |
| - Comer | - Sorber | - Andar |
| - Correr | - Arrugar papel | - Romper papel |
| - Trote | - Galope | - Cuchicheo |
| - Ebullición | - Trueno | - Freir |
| - Chapotear | - Piano | - Tambor |
| - Trompeta | - Violín | - Guitarra |
| - Pandereta | - Castañuela | - Flauta |
| - Campana | - Tren | - Avión |
| - Sirena de barco | - Latigazo | - Bofetada |
| - Machacar | - Rasgar tela | - Echar el aliento |
| - Besar | - Reloj | - Aserrar |
| - Echar cerrojo | - Tijeretazos | - Palmas de tango |
| - Discurso | - Cohete | - Batir un huevo |
| - Nauseas-Vómitos | - Chascar los dedos | - Claxon |
| - Eruptar | - Toser | - Platos |
| - Chistar | - Limar | - Vibrar |

- Perforar
- Campanillas
- Interrogación
- Susurro de rezos
- Encender cerilla
- Descorchar una botella
- Voces de mando (militares, autoritarias)
- Exclamación despectiva
- Contar monedas
- Máquina industrial
- Expulsión del agua de una cisterna
- Frenazo de coche
- Escribir a máquina
- Cepillar
- Cascabeles
- Admiración
- Clavar
- Sables
- Suspirar
- Abuchear
- Sacudir ropa
- Cavar
- Gárgaras
- Pitos

CUCHARA y tenedor

CARACOL y Caracola

NIÑO y niña

OJO y oja

Las respuestas a determinadas cuestiones y problemas que se plantean a los afásicos a veces llaman la atención o resultan un tanto desconcertantes. En el ejemplo que se reproduce sucedió al menos así. Se pidió al paciente, y se le dio por escrito, que procediese a dibujar por su cuenta "una cuchara", "un caracól", "un niño" y "un ojo". Sin embargo lo que hizo fue algo totalmente distinto, trató de encontrar la palabra compañera de la dada y logró su objetivo aun cuando en la última palabra la lógica de su razonamiento se desvió un tanto .

2.- EL LENGUAJE ESCRITO. LAS ALEXIAS.

Las alexias aparecen bien como un cuadro clínico independiente y aislado o, por el contrario, coexistir con afasia y agrafia, lo que sería más frecuente (HECAEN, ANGELERGES). La lectura forma parte en la sociedad actual del lenguaje, con la salvedad de que se trata de una adquisición cultural posterior a la verbal y entraña mayor dificultad simbólica. Carece además de una serie de notas características de la verbalización, como son la entonación, expresividad general corporal y otras muy variadas facetas del entorno físico y psicológico de la situación, aunque en cierto modo las pueda recordar el lector.

Se han descrito las siguientes variedades de alexia:

- Alexia óptica, en la que el paciente ni comprende ni es capaz de pronunciar la frase escrita ante sí. Tendría un carácter eminentemente agnóstico-visual y los intentos interpretativos serían en todo caso eminentemente analíticos, con lo que el sujeto alcanzaría a descifrar algunas letras. Frecuentemente se presenta como síndrome aislado.
- Alexia afásica, asociada con afasia y agrafia habitualmente. El sujeto puede llegar a tener una idea comprensiva sobre la frase pero no es capaz de leerla en alta voz (ALAJOUANINE). Así pues, los intentos de descifrado serán aquí, al contrario de lo que ocurría en el caso anterior, eminentemente globales buscándose la captación del sentido general del mensaje con lo que se podrían objetivar disturbios en la dirección metafórica o metonímica del lenguaje según las ideas de JAKOBSON. De todas formas se distinguirían varias posibilidades tales como:
 - a) Alexia literal, con predominante pérdida de la lectura de letras.

- b) Alexia literal, con afectación esencialmente de las palabras y mayor conservación de las letras.
 - c) Alexia frástica (HECAEN, AJURIAGUERRA, ANGUELERGES) en la que pese a estar más o menos conservada la lectura por separado de letras, sílabas y palabras, sin embargo se escapa el sentido general del mensaje de la frase por la presencia de gran número de errores y por la lentitud de la lectura en sí.
 - d) Alexia global, en la que coexistirían todos los disturbios anteriores en distintos grados de intensidad.
- Alexia táctil, con pérdida del reconocimiento de las letras a través de la palpación. Se introducirían aquí las alexias de invidentes que empleaban anteriormente el alfabeto BRAILLE.

En la práctica el problema es complejo ya que puede estar conservada la lectura para las palabras y frases más usuales y haber fallos ante otras de mayor longitud de estructuración sintáctica o gramatical. Todo ello afecta a la comprensión en sí o a la lectura en voz alta o a ambas en mayor o menor proporción e intensidad. MARSHALL, NEWCOME y RICHARDSON se ocupan de casos en los que estaría afectada lo que ellos denominan "capacidad de representación imaginativa de lo que leen" sin la cual la lectura queda empobrecida de su carga comunicativa y se asemeja en parte a un mero verbalismo.

Ante un escrito el alexico presentará alguno de los trastornos que seguidamente se citan:

- Confusiones entre letras parecidas (N-M, D-O, P-R...), simétricas (N-U, P-Q, D-B) o entre sílabas de semejantes características. Es decir se trata de paralexias literales y silábicas.
- Lectura de letras y no de sílabas (asilabia) y viceversa.

- Imposibilidad de reconocimiento de las primeras letras o sílabas de una palabra. De las últimas o de las de otra localización.
- Lectura de palabras y no de letras o viceversa.
- Algunos aléxicos intentan en primera instancia leer una frase apoyándose en el contexto general de la misma, especialmente si está asociada a algún dibujo explicativo. En estas condiciones es frecuente observar la sustitución de una palabra por otra sin parecido morfológico pero sí conceptual (metafórico o metonímico) con lo que al integrarse en el resto de la oración su sentido varía sustancialmente. Este mecanismo que en una primera apreciación sería compensatorio, no sirve más que para aumentar las dificultades interpretativas del escrito.
- Otras veces la sustitución equivocada de la palabra se lleva a cabo mediante otra que presenta semejanzas morfológicas o fonéticas pero no significativas. En ocasiones este mecanismo se efectúa por sumación de dos palabras contiguas (por ejemplo, leer "estamos" en lugar de "es tan"). No son más que paralexias nominales.
- Se describen jergalexias y xenolexias en las que el sujeto deforma y transforma las palabras hasta hacerlas irreconocibles. También hay mogilexias o deteriorización paulatina de la lectura a medida que el paciente realiza durante un cierto tiempo esta operación. Las transformaciones patológicas de la lectura dan lugar también a paralexias frásticas en las que los errores quedan bien estructurados y el resultado es una frase correcta pero que no corresponde con la escrita.
- Los errores suelen aparecer con independencia de la naturaleza de las palabras y frases en otras ocasiones. Hay enlentecimientos de la velocidad de lectura con lo que la compren-

sión se ve dañada (DEJERINE, GOLDSCHIEDER) ya que el deletreo o incluso la escritura previa constituyen operaciones necesarias para la interpretación. ALBERT, DEJERINE y ANDRE-THOMAS describieron una modalidad de alexia en la que el sujeto era capaz de proceder al reconocimiento de las palabras deletreandolas él u otra persona verbalmente. Se comprenden las dificultades que entraña este desciframiento analítico. Hay incluso casos en los que no se llega a nombrar a las letras pero sí a describir sus formas.

Desde el punto de vista práctico interesará investigar profundamente los siguientes puntos en cada paciente:

- 1º) Lectura de los distintos idiomas conocidos.
- 2º) Lectura de diferentes modelos tipográficos en los que MICHEL encuentra marcadas diferencias. De escritos manuales del propio individuo y de sus allegados.
- 3º) Reconocimiento de letras, palabras y frases de complejidad morfológica y significativa diferentes. TAYLOR se refiere a los titulares de periodicos, noticias, chistes gráficos, tebeos, artículos, libros, etc.
- 4º) Establecer la capacidad comprensiva en voz alta y baja. Velocidad de lectura. Realización de órdenes por escrito, apareamientos, reunión de sinónimos, de palabras relacionadas. Reconocimientos por el contexto. Descubrimiento de palabras inventadas. Diferenciación entre el desconocimiento total y el relativo, o incluso la sensación de "familiaridad" respecto a las palabras o letras. Diferenciación de palabras similares. Capacidad de lectura con ayudas facilitadoras.
- 5º) Reconocimiento táctil, contorneando los signos. Empleo de letreros en distintas direcciones.

El mecanismo íntimo de la lectura explica en parte algunas de las peculiaridades que presentan los alexicos. Durante las pri-

meras etapas del aprendizaje lectivo se procede de acuerdo con una metódica analítica de deletreo y silabeo, aunque en la actualidad existen escuelas en las que se preconiza el método global. Más adelante, y como consecuencia del incremento de las experiencias lectoras continuadas, pasamos a leer considerando las palabras en su conjunto y apoyandonos en el contexto. Se llega incluso al reconocimiento de las palabras a través de algunas de sus letras. Los pacientes que se encontraban al producirse su alexia en el primer estadio deberán tener lógicamente mayores dificultades para captar el sentido general de las frases, mientras que los segundos las tendrían para el deletreo y, asimismo, caerían más en las paralexias nominales. Estos hechos contrastados con la sintomatología del alexico y con su dificultad para seguir muchas veces con la mirada los sucesivos renglones de un texto, recuerdan los trastornos que hallamos también en los niños disléxicos.

De la consideración general de las alexias que acabamos de efectuar, y en la que ya se infieren algunas aplicaciones reeducadoras, se derivan las siguientes reglas prácticas:

- A) En el aléxico conviene reforzar siempre los mecanismos de reconocimiento analítico de las palabras y sílabas, aunque la lectura global esté más o menos conservada.
- B) El análisis se favorece, a parte de con la consideración pausada de cada palabra, con ejercicios con listas de palabras que empiecen por las letras más conflictivas, en primera instancia, y luego con otras que las contengan en el medio o al final. También se recomienda el empleo de pantallas deslizantes por los renglones, con una abertura en la que aparezca cada sílaba que será así leída sucesivamente.
- C) Es interesante hacer ver al paciente la importancia de que se acostumbre a analizar sistemáticamente cada letra o sílaba

ba y que se fije en sus rasgos mas típicos y representativos para descifrarlas tanto si inicialmente se lee la palabra ya o no, Este proceder se hará al menos durante algunas sesiones reeducadoras.

- D) Los condicionamientos visuo-articulares tienen gran importancia en el proceso de la lectura. De ello deriva la conveniencia de que todos los ejercicios deban hacerse en alta voz.
- E) Como habitualmente el aprendizaje de la lecto-escritura en el niño se hace simultáneamente también se seguirá esta pauta con el aléxico.
- F) En cualquier ejercicio de lectura es preciso introducir de vez en cuando comentarios para valorar en todo momento la nitidez comprensiva. Se harán preguntas sobre el texto, se confrontará éste con representaciones gráficas y situacionales, etc.

La reeducación de la lectura se llevará a cabo en distintos niveles de complejidad, según el estado del paciente. Se distingue:

- I) La lectura como apoyatura del lenguaje verbal. Se trata fundamentalmente de emplear el nombre escrito como refuerzo de la imagen para provocar la respuesta verbal. Se emplean para ello las representaciones del objeto en láminas, también el propio objeto de una parte y de otra cartelones donde figura el nombre escrito. Las actividades se articulan a base de efectuar apareamientos acompañados o no de la exteriorización verbal correspondiente y también la elección de cada imagen o letrero según órdenes dadas por el terapeuta. Otra posibilidad la brindan las fichas en las que aparecen conjuntamente el nombre y el objeto en la misma cara o uno en el anverso y el otro en el reverso. En este último caso

el paciente va diciendo el nombre mirando siempre por uno de los lados y en caso de no encontrar la palabra adecuada da la vuelta a la hoja con lo que recibe una ayuda suplementaria que muchas veces es ya suficiente para decir el nombre correctamente, en caso contrario interviene el terapeuta.

II) La reeducación de trastornos no muy profundos de la lectura.

Se utilizarán aquí textos acompañados de una viñeta explicativa. La longitud y complejidad conceptual y gramatical serán progresivas. También se utilizan listas de palabras apófonas y paranomasias. Como a veces el disturbio se circunscribe de forma más específica a determinadas sílabas (sinfones sobre todo) o palabras con ciertos fonemas, son útiles las listas de palabras de estas características para proceder con ellas a leerlas, penetrar en sus significados y comparar el modo de leer un mismo fonema en distintos contextos fónicos. También son de utilidad listas de palabras en las que se omite una letra o dos con el fin de descubrir las que faltan, son especialmente valiosas para la reeducación de sinfonos y sílabas inversas. Se han empleado frases en las que las palabras van escritas todo seguido para que el sujeto haga las separaciones oportunas. Hay listas en las que figuran mezcladas distintas palabras y en las que el alexico subraya todas las que tengan rasgos comunes fonéticos o significativos según se le pida.

III) Ejercicios de lectura como actividad secundaria, por la profundidad del deterioro, y en donde se pretende no tanto una vuelta a la normalidad sino más que nada apoyaturas suplementarias y actividades discriminativas generales. Un ejemplo típico es el de señalar con un círculo todas las

letras o sílabas iguales que se le digan de entre un conjunto vario de ellas. Tambien se incluiría el reconocimiento de algún simbolo gráfico que se considerase de especial interés práctico para las actividades de la vida diaria del paciente.

Actividades reeducativas con palabras apófonas.

Con la denominación de palabras apófonas designamos a todas aquellas que, pese a tener significaciones diferentes, presentan una gran semejanza fonética por diferenciarse entre sí en pocas letras. El ejemplo más típico y significativo lo constituyen las que difieren en una sola consonante que, además, se encuentra situada por delante de la vocal en la que recae el acento, siendo por tanto apófonas aconsonantadas. Su número es en nuestro idioma considerable y predominan las bisílabas. Su similitud, que resulta particularmente llamativa cuando se pronuncian sucesivamente todas las constituyentes de un mismo grupo, juntamente con su disparidad e independencia significativa como concepto e incluso categoría léxica configuran su utilidad terapéutica. Por todo ello los grupos más idóneos son los constituidos por tres o más palabras, ya que permiten:

- La comparación más amplia de un fonema con otros varios dentro del mismo contexto fónico común.
- El trabajar con sus contenidos significativos.

SALES VAZQUEZ y TORRES DE GASSÓ recomendaban, en un estudio sobre las afasias, la utilización de unas listas de oposiciones fonológicas confeccionadas por QUILIS y en las que figuran algunas apofonías. Dado el interés del tema se ha procedido a una investigación lingüística con el fin de reunir un buen número de palabras apófonas y de paranomasias (en las que el fonema que cambia es una vocal). Con estas listas se exteriorizan ligeros dis-

turbios distásicos, en el área verbal y escrita, que en primera instancia pasan desapercibidos.

Las actividades reeducadoras a que se prestan son:

- a) Reconocimientos y comentarios sobre la significación de cada una de las palabras de un grupo. Se pueden meter en él algunas inventadas para subrayar más la comprensibilidad. Si es posible se harán dibujos representativos de cada una para efectuar las asociaciones pertinentes.
- b) Reconstrucción de todos los componentes del grupo a partir del núcleo común.
- c) Perfeccionamientos articulatorios por su lectura o repetición.
- d) Construcción de frases.
- e) Lectura libre, deletreo. Escritura al dictado, copiada.

Hay que aclarar que estos ejercicios se prestan sobre todo para pacientes con deterioros poco acusados y que es preciso efectuar las pertinentes correcciones en el mismo momento de ser cometidas con objeto de comentarlas y concienciar las discriminaciones fonéticas y gráficas del modo más profundo posible.

A continuación se recogen los grupos de palabras apófonas y paranomasias según un criterio alfabético-fonético en el que se ha prescindido de las características ortográficas.

| | | | | | | |
|----------|----------|----------|--------|--------|--------|-------|
| BACO | LACO | PACO | CACO | SACO | TACD | |
| LAVO | NABO | PAVO | CABO | RABO | | |
| VACA | FACA | JACA | LACA | CACA | SACA | |
| HADA | NADA | CADA | RADA | | | |
| LADERA | MADERA | CADERA | | | | |
| HAGO | VAGO | LAGO | MAGO | PAGO | | |
| AJO | BAJO | FAJO | MAJO | RAJO | SAJO | TAJO |
| MAL | CAL | SAL | TAL | | | |
| ALA | BALA | GALA | MALA | PALA | CALA | RALA |
| ALBA | MALVA | CALVA | SALVA | | | |
| PALCO | CALCO | TALCO | | | | |
| ALETA | MALETA | PALETA | CALETA | SALETA | | |
| VALEENTE | CALIENTE | SALIENTE | | | | |
| ALMA | PALMA | CALMA | | | | |
| ALON | BALON | GALON | JALON | SALON | TALON | |
| ALTA | FALTA | MALTA | SALTA | | | |
| FALLA | MALLA | CALLA | SALLA | TALLA | | |
| VALLE | CALLE | RAYE | TALLE | | | |
| FALLO | GALLO | MAYO | CALLO | RAYO | SAYO | TALLO |
| MAL | CAL | TAL | | | | |
| AMA | DAMA | FAMA | GAMA | MAMA | CAMA | RAMA |
| PAN | CAN | SAN | TAN | | | |
| ANA | VANA | GANA | LANA | MANA | NANA | PANA |
| | | | | CANA | RANA | SANA |
| AJADA | BAJADA | FAJADA | MAJADA | RAJADA | TAJADA | |
| VAGAR | LAGAR | PAGAR | CAGAR | | | |
| AJAR | BAJAR | FAJAR | MAJAR | RAJAR | SAJAR | |
| GANAR | LANAR | MANAR | SANAR | | | |
| HABADA | BABADA | FABADA | LAVADA | CAVADA | | |
| FANGO | MANGO | RANGO | TANGO | | | |
| VANO | MANO | CANO | SANO | | | |
| GANSO | MANSO | CANSO | | | | |
| MANADA | GANADA | SANADA | | | | |
| MANTO | CANTO | SANTO | TANTO | | | |
| AÑO | BAÑO | DAÑO | MAÑO | PAÑO | CAÑO | TAÑO |

| | | | | | | |
|---------|---------|---------|--------|-------|-------|-------|
| TAPA | MAPA | CAPA | TAPA | | | |
| BAR | DAR | LAR | MAR | PAR | ZAR | |
| ARO | VARO | FARO | PARO | CARO | RARO | TARO |
| ARDO | BARDO | FARDO | NARDO | PARDO | CARDO | TARDO |
| BARRA | GARRA | FARRA | JARRA | MARRA | NARRA | PARRA |
| BARRO | JARRO | MARRO | NARRO | CARRO | SARRO | TARRO |
| HARTA | MARTA | PARTA | CARTA | SARTA | TARTA | |
| ASA | GASA | MASA | PASA | CASA | TASA | |
| ASADO | PASADO | CASADO | TASADO | | | |
| VASCA | MASCA | CASCA | RASCA | TASCA | | |
| BASE | FASE | CASE | PASE | CASE | TASE | |
| ASO | VASO | PASO | CASO | RASO | TASO | |
| ASTA | BASTA | GASTA | PASTA | CASTA | | |
| BATA | DATA | GATA | LATA | MATA | NATA | PATA |
| | | | | | CATA | RATA |
| ATO | BATO | GATO | MATO | PATO | GATO | RATO |
| AVE | LAVE | NAVE | CABE | SAVE | | |
| BEBO | DEBO | SEBO | CEBO | | | |
| FECHA | MECHA | PECHA | TECHA | | | |
| FECHO | LECHO | PECHO | TECHO | | | |
| DEDAL | PEDAL | SEDAL | | | | |
| MEDRO | PEDRO | CEDRO | | | | |
| LEGAR | NEGAR | PEGAR | REGAR | SEGAR | | |
| REJA | TEJA | CEJA | | | | |
| HEBILLA | SEVILLA | REVILLA | | | | |
| ABEJA | ALEJA | AQUEJA | | | | |
| VELA | LELA | PELA | TELA | | | |
| HELADO | VELADO | PELADO | | | | |
| VELADOR | PELADOR | CELADOR | | | | |
| HELAR | VELAR | PELAR | TELAR | | | |
| VELO | LELO | PELO | CELO | | | |
| VELON | MELON | PELON | TELON | | | |
| MEMO | QUEMO | REMO | TEMO | | | |
| GEMA | LEMA | MEMA | QUEMA | TEMA | | |
| VENA | NENA | PENA | SENA | GENA | | |
| VEO | FEO | LEO | REO | SEO | | |

| | | | | | | |
|--------|---------|--------|--------|--------|------|------|
| CHEPA | PEPA | QUEPA | SEPA | CEPA | | |
| BERRO | YERRO | PERRO | CERRO | | | |
| BESA | LESA | MESA | PESA | CESA | | |
| LESION | SESION | CESION | | | | |
| BESO | MESO | PESO | QUESO | CESO | | |
| VETO | FETO | METO | NETO | PETO | RETO | SETO |
| VETA | JETA | META | RETA | SETA | ZETA | |
| HEZ | VEZ | FEZ | PEZ | | | |
| VIA | DIA | FIA | GUIA | LIA | MIA | PIA |
| | | | | | RIA | TIA |
| MICA | PICA | RICA | | | | |
| RIEGA | CIEGA | SIEGA | | | | |
| HIEL | FIEL | MIEL | PIEL | RIEL | | |
| DIENTE | MIENTE | SIENTE | TIENTE | | | |
| VIENTO | MIENTO | SIENTO | TIENTO | CIENTO | | |
| SIERRA | TIERRA | CIERRA | | | | |
| HIERBA | CIERVA | SIERVA | | | | |
| HIJA | FIJA | LIJA | RIJA | | | |
| HILA | DILA | FILA | LILA | PILA | TILA | |
| VIL | GIL | MIL | SIL | | | |
| BILLAR | CHILLAR | MILLAR | PILLAR | SILLAR | | |
| LIMA | MIMA | SIMA | RIMA | TIMA | CIMA | |
| FINA | LINA | MINA | QUINA | TINA | | |
| VINO | FINO | LINO | MINO | PINO | TINO | |
| FINTA | PINTA | QUINTA | TINTA | CINTA | | |
| MINO | NIÑO | RIÑO | TIÑO | CIÑO | | |
| IRA | VIRA | LIRA | MIRA | PIRA | TIRA | |
| LIRIO | SIRIO | TIRIO | CIRIO | | | |
| JIRON | LIRON | MIRON | TIRON | | | |
| DISCO | FISCO | RISCO | CISCO | | | |
| VISTA | CHISTA | DISTA | LISTA | PISTA | | |
| PITA | QUITA | RITA | TITA | CITA | | |
| FLAN | PLAN | CLAN | | | | |
| BOBA | LOBA | COBA | ROBA | SOBA | | |
| DOBLE | NOBLE | ROBLE | | | | |
| OBRA | COBRA | SOBRA | | | | |

| | | | | | | |
|---------|---------|---------|-------|-------|-------|------|
| POBRE | COBRE | SOBRE | | | | |
| OCA | BOCA | CHOCA | FOCA | LOCA | MOCA | POCA |
| | | | | COGA | ROCA | TOCA |
| VOCES | GOCES | COCES | ROCES | | | |
| CHOCO | LOCO | MOCO | POCO | COCO | TOCO | |
| BODA | GODA | MODA | PODA | TODA | | |
| GODO | LODO | MODO | NODO | PODO | CODO | TODO |
| HOJA | LOJA | MOJA | COJA | ROJA | SOJA | TOJA |
| OJO | MOJO | COJO | ROJO | | | |
| GOL | COL | SOL | | | | |
| OLA | BOLA | GOLA | LOLA | COLA | SOLA | |
| HOGAR | BOGAR | ROGAR | SOGAR | | | |
| VOLADOR | COLADOR | SOLADOR | | | | |
| OLOR | DOLOR | COLOR | | | | |
| DOMA | GOMA | LOMA | COMA | ROMA | TOMA | |
| DOMO | LOMO | POMO | COMO | ROMO | TOMO | |
| LONA | MONA | ZONA | | | | |
| BONO | DONO | MONO | NONO | CONO | TONO | |
| POPA | COPA | RCPA | SOPA | TOPA | | |
| HORA | DORA | MORA | | | | |
| BORRO | CHORRO | FORRO | GORRO | MORRO | CORRO | |
| HORDA | GORDA | TORDA | | | | |
| GORDO | SORDO | TORDO | | | | |
| ORO | BORO | LORO | MORO | PORO | CORO | TORO |
| NORTE | PORTE | CORTE | | | | |
| OSA | LOSA | POSA | COSA | ROSA | TOSA | |
| OSO | FOSO | BOSO | COSO | SOSO | TOSO | |
| HOSCA | FOSCA | MOSCA | ROSCA | TOSCA | | |
| HOSCO | FOSCO | ROSCO | TOSCO | | | |
| BOTA | GOTA | JOTA | MOTA | NOTA | COTA | ROTA |
| | | | | | | SOTA |
| BRUTA | GRUTA | FRUTA | RUTA | | | |
| BROTE | FROTE | TROTE | | | | |
| LOTE | MOTE | NOTE | POTE | ROTE | ZOTE | |
| VOTO | FOTO | LOTO | MOTO | NOTO | COTO | ROTO |

| | | | | | | |
|--------|--------|--------|-------|-------|-------|------|
| HOZA | CHOZA | GOZA | LOZA | MOZA | POZA | ROZA |
| BOZO | CHOZO | GOZO | MOZO | POZO | ROZO | |
| HOZ | VOZ | COZ | | | | |
| BOLLO | POLLO | ROLLO | SOLLO | | | |
| BRASA | GRASA | CRASA | | | | |
| BRIO | CRIO | TRIO | | | | |
| BROMO | CROMO | ROMO | | | | |
| NUBE | SUBE | TUVE | | | | |
| GUBIA | NUBIA | RUBIA | | | | |
| FUEGO | JUEGO | LUEGO | RUEGO | | | |
| HUELO | VUELO | DUELO | MUELO | CUELO | SUELO | |
| HUELA | VUELA | DUELA | MUELA | CUELA | SUELA | |
| FUENTE | PUENTE | CUENTE | | | | |
| HUERO | DUERO | FUERO | MUERO | CUERO | SUERO | |
| HUECO | SUECO | ZUECO | | | | |
| HUERTO | MUERTO | TUERTO | | | | |
| HUEVA | MUEVA | NUEVA | CUEVA | | | |
| HUEVO | NUEVO | MUEVO | SUEVO | | | |
| DURO | JURO | MURO | PURO | CURO | | |
| CHULO | MULO | NULO | RULO | | | |
| BULA | GULA | MULA | NULA | | | |
| HUMO | FUMO | SUMO | ZUMO | | | |
| DUNA | LUNA | CUNA | TUNA | | | |
| DUDA | MUDA | RUDA | SUDA | | | |
| DUDO | MUDO | NUDO | PUDO | RUDO | SUDO | |
| HULLA | BULLA | PUYA | CUYA | SUYA | TUYA | |
| USA | LUSA | MUSA | RUSA | | | |

| | | | | |
|-------|-------|-------|------|------|
| BALA | BOLA | BULA | | |
| BASA | BESA | BISA | BOSA | BUSA |
| BATA | BETA | BITA | BOTA | BUTA |
| CHAPA | CHEPA | CHUPA | | |
| DADO | DEDO | DUDA | | |
| LAMA | LIMA | LOMA | | |
| LANA | LINA | LONA | LUNA | |
| LARA | LERA | LIRA | LORA | |
| LASA | LISA | LOSA | LUSA | |
| MALO | MELO | MULO | | |
| MANA | MENA | MINA | MONA | |
| MERO | MIRO | MORO | MURO | |
| MASA | MESA | MISA | | |
| NANA | NENA | NONA | | |
| PALA | PELA | PILA | | |
| PAPA | PEPA | PIPA | POPA | PUPA |
| PARA | PERA | PIRA | PURA | |
| PARO | PERO | PORO | PURO | |
| PASA | PESA | PISA | POSO | PUSA |
| PATA | PITA | PUTA | | |
| PATO | PETO | PITO | POTO | PUTO |
| RAMA | REMA | RIMA | ROMA | |
| RAMO | REMO | RIMO | ROMO | |
| RATO | RETO | RITO | ROTO | |
| SACO | SECO | | | |
| SIMA | SOMA | SUMA | | |
| SARA | SERA | SURA | | |
| TALA | TELA | TILA | TULA | |
| TANA | TINA | TUNA | | |
| TAZA | TIZA | | | |
| TATA | TETA | TITA | | |

Los ligeros trastornos a nivel del lenguaje escrito, lectura y escritura, son detectados y en su caso corregidos con ayuda de listas de palabras en las que suprimimos una letra o más. El paciente debe en estas condiciones proceder a descubrir el lugar donde falta y a reponerlas. Estas actividades se harán si se cree conveniente en frases más o menos largas. Se utilizan caracteres tipográficos, mecanográficos o manuales confeccionados por el propio terapeuta.

Se trata de tareas discriminativas semejantes a las que se llevan a cabo con las palabras apófonas. A continuación se recogen tres listas de palabras incompletas en una letra. En la primera hay un grupo de bisílabas y en el segundo de polisílabas, en ambos se trata de palabras muy usuales con el fin de facilitar los reconocimientos. La tercera reúne algunas de empleo cotidiano menos frecuente.

La sistemática a emplear con estas listas, o con otras semejantes que se realicen sobre la marcha y omitiendo distintas letras, sería:

- Lectura correcta
- Deletreo y descubrimiento explícito de la letra, o letras, borradas.
- Escritura correcta de la letra ausente sobre el propio modelo y también de toda la palabra en papel a parte.
- Formación de frases, lectura y escritura de las mismas.
- Cambios del lugar de la letra omitida y comparaciones de unas modalidades con otras. Este ejercicio permite fluidificar las asociaciones verbales del paciente ya que en ciertos casos una misma omisión de letras se puede suplir con varias dando lugar a palabras distintas. Tal sería el caso de los núcleos de letras comunes a varias palabras apófonas.

Se comprende que esta modalidad de entrenamiento supone un nivel de conservación mínimo por parte del paciente y que se presta a que los realice por su cuenta, al menos en cierta proporción, para ser corregido a continuación por el terapeuta.

LIB O
SIL A
A BOL
F OR
RE OJ
TA TA
GA AS
PIE NA
CHA CO
LEC E
PIED A
A UL
DO OR
BO QUE
MET O
TAB A
BO A
CA NE
TA DE
PA TEL
PUEB O
B ANCO
CA TA
JA DIR
VE DE
A UA
CUAT O
LLA E
MET O
CRI TAL
CO HE
CA TEL
C AVO

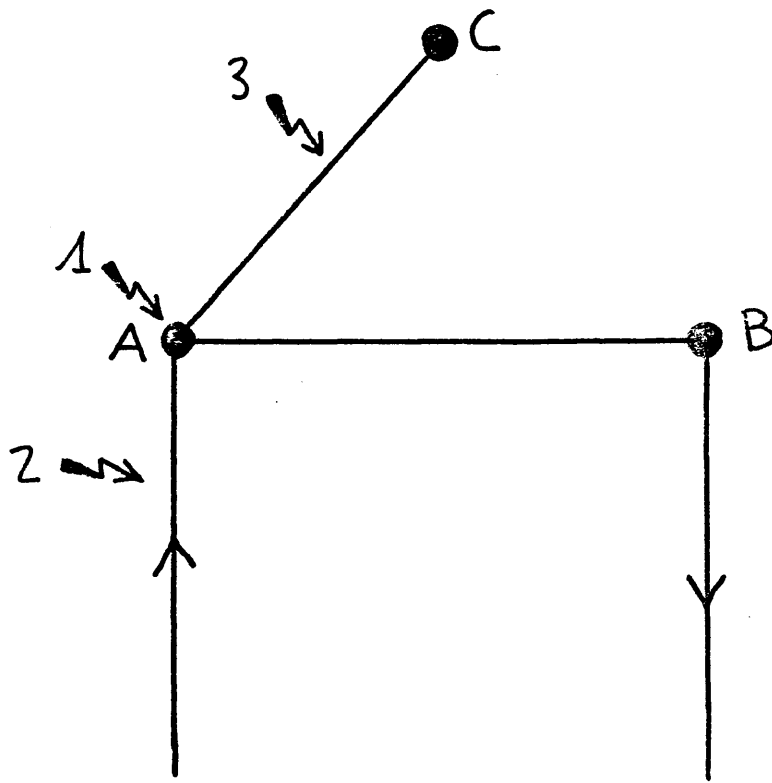
B AZO
C MIÓN
T ES
P ATO
BA CON
NEG O
PE LA
CHI TE
PUE TA
CE DO
DE O
DIE TE
F UTA
F AN
PA
NE VIO
MA TEL
C UZ
NA IZ
BA CO
MA TES
PU PO
NOMB E
SOLB A
VI O
LU ES
CI CO
TEAT O
AB IL
TRI TE
T OZO
P AZA
CA TON

A GCDON
CUC ARA
A UCAR
PE HISO
CE EZA
CEB LLA
PLA TICO
NARA JA
E TOMAGO
A EITE
PES ADO
DO INGO
BA DERA
A MENDRA
PI TOLA
TO MENTA
LI TERNA
DIGE TION
CA EZA
PE DIENTE
PE EJIL
AMA GO
TO ATE
TE EDOR
HA ITACION
LALPA A
E CRIBIR
COR INA
COMI A
PA TALON
MIE COLES
CA ALLO
PERSIA A
CI TURON

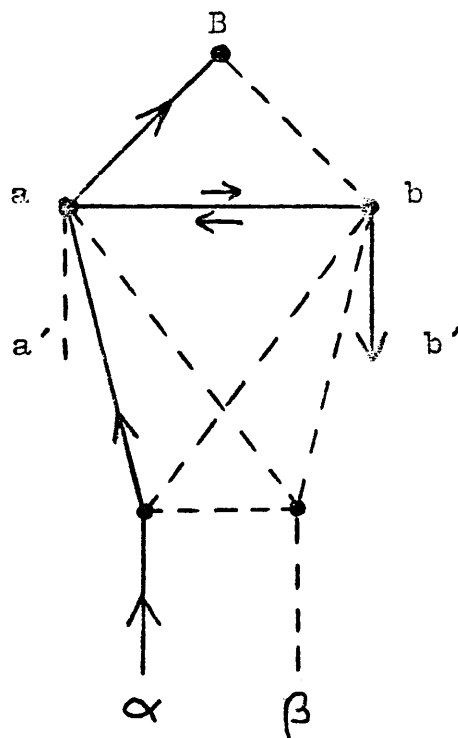
GUI ARRA
T ABAJO
CE IZA
CE VEZA
TO TILLA
FA MACIA
TO TADA
A TONIO
AUTO US
ZA ATO
IZQUIE DA
FAB ICA
AMA GO
SO DADO
CA ACOL
SO TIJA
SE AFORO
CE TIFICADO
FA ILIA
TIJE AS
E PEJO
ES AÑA
MA TILLO
CUC ILLO
TE ADO
CUA TILLA
CARRE ERA
CO INA
BO SILLO
AB IGO
FEB ERO
BO IGRAFO
PE ETA
CE ILLA

A MITIR
DESI NADO
O TUSO
TRA LACION
A TIVAR
A STINENCIA
EXT ACTO
ANE TESIA
CD CLUSION
SO NOLENCIA
CO PROBANTE
TRI TICO
SUMINI TRO
PRECI TADO
CO BATAF
O QUESTA
PU SERA
C UCIGRAMA
ILU TRE
I DIGNACION
CA CAJADA
O TURAR
I TERVENCION
ASCE SION
C ASIFICACION
SATISFA CION
RE PONSABILIDAD
APO TOL
FO FORO
I PACIENCIA
A NEGACION
REGI TRAR
IMPE MEABLE
RE TANGULO

CON PIRAR
EXA TO
E CLAMACION
EXI TENCIA
T AYECTO
ELE CION
SI NIFICADO
RE TILINEO
REBU NAR
DIGE TION
DE VENCIJADO
FA TOR
RE TIL
RI NO
PA MADA
VI TUD
I TESTINO
DI TINTO
P ANETA
O TOGRAFIA
TRA SISTOR
GU TIVO
DE CRIPCION
IN DU TRIA
DIE TRO
P EOCUPADO
COLE TIVO
A MENDRA
NE VIOSO
LO BRIZ
NARA JA
OB IGAR
O TIMISTA
FU BOLISTA



Esquema de WERNICKE para explicar posibles variedades de alexias. A: Centro para las imágenes visuales de las palabras. B: Centro motor para los movimientos de la escritura. C: Centro para los conceptos de las palabras. Una lesión en 1 produce alexia cortical con abolición de la lectura y escritura, en 2 alexia subcortical en la que no hay lectura pero sí escritura espontánea, en 3 alexia transcortical con pérdida de la lectura y de la escritura a excepción de las copias serviles.



Esquema de ROTHMAN para explicar los mecanismos de la lectura y escritura. B: Pensamientos-conceptos. a: Centro sensorial del lenguaje. b: Centro motor del lenguaje. a': Estación terminal de la proyección acústica. b': Centros nerviosos para los músculos de los órganos de la fonación. : Esfera visual. : Centro motor mano.

La vía utilizada para la lectura es α -a-B, con excitación simultánea de b.

La vía para la escritura es B-a- α -B, con excitación simultánea de b.

Para la escritura al dictado la vía es a- α -B, con excitación simultánea de b.

3.- EL LENGUAJE MATEMATICO.

Se encuentra igualmente afectado en mayor o menor cuantía. Se encuentra bien un total desconocimiento de los números dígitos, de las cifras, de la resolución de problemas y relaciones lógico-matemáticas o, en otros casos, estados deficitarios poco ostensibles que se exteriorizan en forma de lentitud para operar, equivocaciones frecuentes en operaciones aritméticas y dificultades para efectuar problemas complejos. Estas alteraciones pueden aparecer aisladas o asociadas a otras alteraciones afásicas. LEWANDOWSKI y STADELMANN citan casos en los que el sujeto lee números aislados pero no en cifras por incapacidad para captar la significación de cada uno según su posición relativa dentro de esa cifra. Igualmente aparecen trastornos de la comprensión de los signos matemáticos (suma, resta, multiplicación, división, quebrados, decimales, etc.) o en la ejecución correcta de estas operaciones.

Dentro del complejo campo de las acalculias resulta de interés reseñar las siguientes posibles perturbaciones (por sus repercusiones en el campo reeducativo):

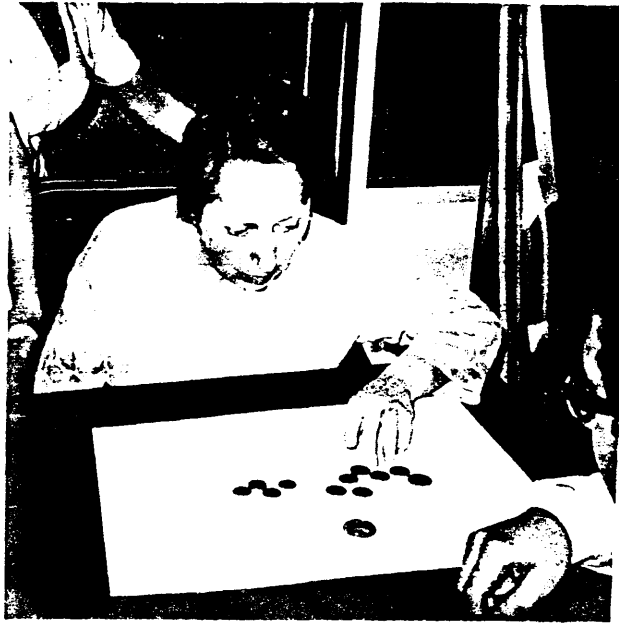
- Hay diferencias en el reconocimiento o utilización de números aislados y cifras según incluso el modelo tipográfico o manual empleado, o si se trata de escritura de números en letra o en signos romanos. Las letras tienen a veces un empleo numérico u ordenativo que es susceptible de deterioro.
- Las cifras y números son asociables a agrupamientos de señales ópticas, objetos, sonidos y estímulos táctiles directos, indirectos y palpatorios. También hay relaciones entre los números dígitos y los dedos de las manos.
- Hay cifras y números más usuales al paciente, como fechas, teléfonos, matrículas, carnets, horarios.

- El contar, verbalmente y por escrito, facilita la fluidez enunciativa. Se hace de uno en uno, de dos en dos, cinco en cinco, hacia delante o hacia atrás. El recitado de las cuatro reglas aritméticas tiene efectos semejantes.
- El lenguaje matemático tiene un interesante apartado en cuanto a la utilización del dinero. Contar con billetes y monedas, efectuar cambios y equivalencias monetarias así como la compra y venta entrañan posibilidades adiestradoras interesantes.
- La lectura de la hora, el manejo del reloj y las comparaciones entre varios constituyen otra actividad a tener en cuenta. HEAD introdujo algunas de ellas en la exploración de los afásicos.
- El cálculo mental, por escrito, con objetos, con signos matemáticos, así como la escritura al dictado de números y cifras estará más o menos conservado.
- Para la resolución de problemas LURIA y TSVEKOVA describen dos tipos de perturbaciones. Una es la incapacidad para la comprensión del enunciado de un problema matemático, y de sus términos y contenidos necesarios para efectuar un análisis inicial del mismo (que estaría ligado a lesiones frontales). La otra es la imposibilidad de resolver el problema como consecuencia de una incapacidad para plantear un programa en el que se incluyen sucesivas operaciones matemáticas hacia un determinado objetivo final, es decir el paciente aquí ni elige ni efectúa las operaciones apropiadas.

Es interesante recalcar la posible apoyatura que el paciente es capaz de lograr a expensas de la utilización de sus dedos. El síndrome de GERSTMANN pone de manifiesto la interrelación existente entre el papel gnoso-práxico de la mano, las nociones temporales y espaciales y el uso de los códigos comunicativos

gráficos.

Las acalculias son, consiguientemente, un disturbio polimorfo. BARRAQUER BORDAS pone de manifiesto cómo pueden aparecer integradas en un síndrome afásico, más bien ligadas a agnosias visuales (lo que las pone en relación con las alexias ópticas) o incluso asociados a trastornos constructivos, somatognósticos o espaciales. En cualquiera de estos casos los disturbios expresivos y comprensivos aparecen aquí incluso aún más imbricados que en el caso del lenguaje verbal. Desde nuestro punto de vista nos interesa considerar aquellas que coexisten con afasia ya que, además, se han descrito como entidades independientes o asociadas a otras perturbaciones. LORD BRAIN al revisar el tema recoge la división de GREWEL que las divide en primarias, o individualizadas, y secundarias de afasias y deterioros de las funciones mentales superiores sobre todo de las demencias seniles. Las primeras a su vez se subdividirían en asimbólicas y asemánticas según se interpretara el signo representativo o su significado matemático. En cualquier caso interesará conocer la formación cultural del sujeto a este respecto, así como su cotidianidad de empleo de dichos conocimientos.

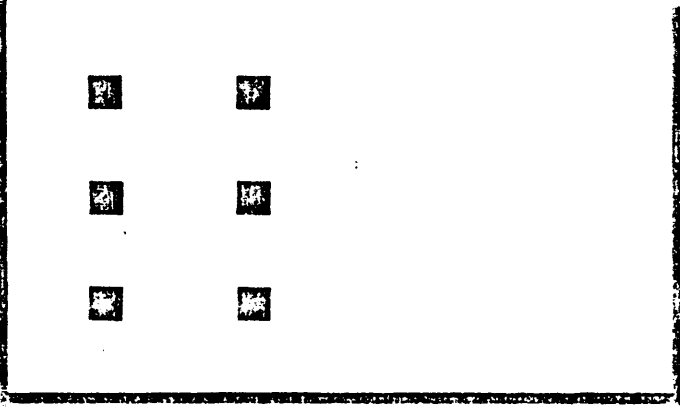


Los ejercicios que se llevan a cabo con el uso de la moneda permiten no solo la reeducación de trastornos acalcúlicos, sino que además sirven para introducir factores verbales y preparar al paciente para su reintegración social más práctica y eficaz.

Las láminas siguientes se emplean para la reeducación básica de los números dígitos bien directamente o recortando cada sector para ser empleado a modo de ficha. Con ellos se realizan apareamientos entre sí y también con elementos varios. En algunos casos se puede hasta emplear la numeración romana.

UNO SEIS OCHO CUATRO DOS

TRES CINCO SIETE CERO NUEVE



1

2

3

9

5

7

0

4

6

8

1934 3 b 78 2 a

77

Trastornos en la dirección espacial de los rasgos de los primeros números. Son evidentes en el 2, 5 y 9. En el 8 pasa desapercibido dada la peculiar forma de este número pero comparandole con otros escritos del paciente anteriores a su afasia se apreciaba que éste solía hacer el número 8 con una abertura en el rizo superior y no en el inferior como aparece aquí. La alteración es particularmente llamativa para el 5 y el 9. La edad está, sin embargo, correcta.

1 2 3 4 5 6 7 8 6

d

74

Inscripción de los primeros números. Hay algunas incorrec-
ciones instrumentales en los ocho primeros. En el nueve
se aprecia una inversión que al tratarse de corregir en un
nuevo intento surge bajo otra forma diferente. La edad está
correcta, 74 años. Los trastornos espaciales de los rasgos
aparecen también esbozados en el 3 y en el 7 aunque hacen
reconocibles estos números a diferencia de lo que sucede
con el 9.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

1877

1900

77

1977

1897

En este caso el sujeto no tuvo dificultad para escribir los primeros números, sin embargo para poner el año en que se encontraba hubo necesidad de verificar sucesivos tanteos hasta que finalmente lo logró. A continuación puso el de su nacimiento con toda corrección bien porque el anterior entrenamiento se lo había facilitado o bien por tenerle más dominado a fuer de familiarizarse con él.

3 4 5 8 9 0 1 2 7 3 2 0 1 9

X 3 7

$$\begin{array}{r} 292123089124133 \\ 103769038196058 \\ \hline 1209793471084703 \end{array}$$

El mundo de los números y de las operaciones aritméticas o matemáticas está más o menos afectado. Este sujeto era capaz de realizar operaciones tan complejas como la que se pone de ejemplo, sin embargo era incapaz de pararse a exteriorizar y racionalizar los mecanismos de la multiplicación, especialmente en lo referente a "me llevo tantas". Es decir que multiplicaba automáticamente a la vista de los números y si se le interrumpía a la mitad perdía la hilazón y se veía obligado a volver a comenzar. Lo mismo sucedía con las sumas y restas.

$$\begin{array}{r}
 7986543474 \\
 - 6573456785 \\
 \hline
 1413086694
 \end{array}$$

$$\begin{array}{r}
 8479857837 \\
 \times 67 \\
 \hline
 58079003459 \\
 50639145822 \\
 \hline
 564470461679
 \end{array}$$

$$\begin{array}{r}
 758645218 \\
 \times 65 \\
 \hline
 3793226090 \\
 4551841208 \\
 \hline
 49311939170
 \end{array}$$

$$\begin{array}{r}
 65.4.3.297 \overline{) 154} \\
 114 \\
 \hline
 0093 \\
 092 \\
 \hline
 48
 \end{array}$$

$$\begin{array}{r}
 54.8.7.5.4 \overline{) 48} \\
 068 \\
 \hline
 207 \\
 0135 \\
 \hline
 0394 \\
 10
 \end{array}$$

En las cuentas aquí recogidas se aprecian errores únicamente en las divisiones, pese a que son acometidas con un plan de trabajo correcto. La acalculia en este caso se refiere por tanto a tareas matemáticas más complejas en las que es necesario el manejo de las otras tres reglas. El paciente trabajaba anteriormente en el comercio y estaba muy familiarizado con estas tareas en las que trabajaba con gusto en el contexto general del programa terapéutico. En un principio sin embargo era incapaz de efectuar incluso una suma sencilla, al final logró una considerable mejoría incluso en las divisiones hasta el punto de, en el caso de errar en alguna operación, él mismo buscarla y corregirla al cabo de unos pocos tanteos.

4.- LA MUSICA.

Las amusias coexisten con afasia o aparecen de forma aislada. En muchos pacientes con intensos deterioros del lenguaje verbal las capacidades musicales se mantienen bastante conservadas. Conviene considerar a parte a aquellos sujetos con profundos conocimientos musicales en los que se describen alexias para las partituras, imposibilidad de tocar determinados instrumentos o de reconocer sus sonidos o diferenciar tonos, notas, volúmenes. BOTEZ y WERTHEIM introducen pruebas exploratorias complejas para aquellos que tenían conocimientos y experiencias musicales muy vastas. En términos generales, sin embargo, conviene establecer que la reeducación musical paralela a la del habla facilita en cierto modo a ésta. Por consiguiente en el paciente afásico conviene estudiar y potenciar los siguientes puntos:

- La ritmicidad, llevando manualmente o con el pié el compás de determinadas piezas musicales.
- El reconocimiento de fragmentos de canciones u obras previamente conocidas, a partir de interpretaciones cantadas o de mera instrumentación.
- Los reconocimientos de los cambios de letras, y también de músicas, de las canciones interpretadas.
- Los ejercicios de canto, con piezas conocidas o no. El paciente puede ayudarse con discos, cintas o directamente del terapeuta que canta a la vez con él.
- Cuando hay conocimientos musicales superiores es de gran interés estudiar sus posibles deterioros para potenciar al máximo esa vía comunicativa.

Ciertos afásicos son capaces de expresar canciones con sus correspondientes letras, pese a ser incapaces de emitir ninguna

otra manifestación verbal o padecer jergafasia. En estas condiciones tiene un gran valor el cultivar muy precozmente este tipo de actividad para, a través de ella, intentar una posesión menos automatizada de palabras incluidas en dicho texto o libreto. Otros pacientes tienen conservada simplemente la capacidad de tararear, en cuyo caso debe intentarse el tarareo con diferentes sílabas (la, ta, pa...) lo cual ayuda a la reproducción de fonemas cuando de otra forma no es posible y el sujeto sufre un mutismo total. Normalmente son las canciones muy rítmicas (pasodobles, marchas militares, cuplés, canciones regionales) las que permiten efectuar estas acciones ya que, por otra parte, se añade el valor emocional y rememorativo que tienen para el paciente.

Dentro de este campo de la musicalidad deben incluirse otras manifestaciones, como plegarias y cantinelas muy familiares y enraizadas con el mundo infantil.

Todos estos aspectos rítmico-musicales deben ponerse en relación con sensaciones y experiencias táctiles y manipulativas (golpeteos, chasquidos con los dedos, silbidos, palmas, etc.). Autores como ESCHKE, GUTZMANN, KATZ, etc. pusieron de manifiesto las relaciones mútuas entre las vibraciones y la percepción auditiva musical. FEUCHTWANGE, JELLINEK y KLEIST entre otros estudian, por su parte, las que existen entre música y lenguaje verbal.

5.- ANOMIAS CROMATICAS.

Las anomias para los colores constituyen un caso particular encuadrable tanto en el campo expresivo como en el comprensivo. Los estudiosos del problema están de acuerdo en admitir la interrelación mutua de disturbios de muy distinta índole.

GESCHWIND y FUSILLO diferencian las anomías cromáticas afásicas de otras de los síndromes de desconexión interhemisférica. Las localizaciones anatomofuncionales y las conexiones entre áreas comprometidas en dichos síndromes constituyen un apasionante capítulo de la neurología del que no nos ocuparemos. Desde nuestro punto de vista interesa en todo caso señalar las distinciones que en lo referente al fenómeno cromático verifica LHERMITTE al distinguir:

- La visión cromática. O nivel meramente sensorial.
- La denominación y discriminación verbal de los colores.
- La evocación y reconocimientos en tanto en cuanto que las diferencias cromáticas configuran atributos específicos de determinados objetos, conceptos y nociones.

La tercera posibilidad, y hasta cierto punto la segunda, serían las que más nos interesan por aparecer más ligadas al lenguaje. Las frecuentes asociaciones sintomatológicas afaso-aproxo-agnósicas dificulta la distinción practica entre las anomías cromáticas afásicas y agnósicas. Pero hay que señalar que en el paciente afásico encontraremos bien:

- Anomias para los colores en igual grado que para las demás palabras.
- Anomias cromáticas que destacan mucho respecto a las demás.
- Dificultades específicas, de origen agnósico-cromático, que entorpecen las actividades reeducativas a través de los reconocimientos y comprensión del material de trabajo coloreado.

Pero ante todo hay que comentar algo sobre el papel del color en el desenvolvimiento humano y en los factores culturales que inciden en él. El color como entidad independiente es de difícil denominación, puesto que el ojo, que se nos estimula con longitudes de onda lúminicas de entre los 4.000 y los 8.000 Å no establece límites precisos entre las gamas cromáticas. De ello se deriva que desde el punto de vista lingüístico las posibilidades denominativas sean ostensiblemente menores que las perceptivas, por lo que continuamente hacemos uso de la comparación y la subjetividad para definir un color que percibamos. MARTINET ha señalado, además, que en las lenguas occidentales las denominaciones cromáticas no tienen una traducción exacta de unas a otras por referirse los vocablos de cada una a porciones del espectro lumínico diferentes.

Estudio sobre la arbitrariedad lingüística cromática.

Las dificultades y arbitrariedades en la definición de los colores fueron constatadas experimentalmente en un pequeño estudio estadístico.

1. Material y método.

Se escogió un grupo de 25 individuos, ninguno de los cuales padecía ceguera alguna para los colores según se comprobó previamente con las láminas existentes para ello. Se les mostró una serie de 5 láminas de diferentes colores dentro de la gama rojo-rosa, en el mismo orden de presentación. Se les pidió que nombrasen cada color y se anotaron las respuestas.

2. Resultados.

1) El 92 % de los examinados utilizó una palabra para denominar

- a uno o más de los colores.
- 2) El 40 % de las respuestas denominaban a los colores con más de una palabra.
 - 3) El color de la primera lámina fue denominado de 5 formas diferentes. El de la 2ª de 12. El de la 3ª de 8. El de la 4ª por 13 y el de la 5ª por 7.
 - 4) 3 nombres fueron empleados para denominar del mismo modo láminas diferentes.
 - 5) La casi totalidad de los explorados titubearon o se mostraron en un principio algo indecisos para adjudicar un determinado nombre a cada una de las laminas.

3. Discusión y comentarios.

La arbitrariedad y falta de criterios unánimes en la denominación cromática por los sujetos normales hace que en el afásico los límites de su reeducación no sobrepasen los abarcados por él antes de sufrir la agesión cerebral. Por ello bastará con el adiestramiento de las denominaciones elementales como blanco, negro, amarillo, rojo, verde y azul sin entrar en discriminaciones más sutiles. Hay sin embargo que investigar la posible capacidad de afinar mucho en estos nombres en ciertos pacientes en razón de su profesión o conocimientos previos (pintores, etc.) También en la presencia de peculiaridades familiares y regionales para nombrar los colores elementales citados (celeste por azul, colorado por rojo, etc.).

Aunque hay una gran disparidad denominativa no la hay discriminativa, pues todos los explorados diferenciaban claramente las láminas. En el afásico se usará por tanto el color en muchas tareas con el fin de:

- Facilitar y reforzar la atención sobre objetos y láminas, retra

sar la fatiga. Generalizar los aprendizajes con el empleo de iguales representaciones formales con distinta coloración.

- Alertar y automatizar al sujeto, acelerar sus respuestas sensoriomotrices mediante actividades en las que intervenga el factor cromático.
- Reforzar los reconocimientos en aquellos casos en los que el color actúa como atributo esencial de ciertos objetos (como las frutas y banderas) y siempre como cualidades secundarias de todas las cosas en el sentir de LOCKE.
- El color en actividades de reconocimientos abstractos y concretos, en el manejo de formas, en el perfeccionamiento de manipulaciones, de actividades de espacialidad y temporalidad. DE RENZI y cols. encuentran que los afásicos tienen especiales dificultades en las tareas de asociar colores a formas y lo achacan a la presencia de disturbios de la conceptualización que rebasan la órbita meramente afásica. Se comprende, por consiguiente, la importancia de llevar a cabo entrenamientos de esta índole como actividades secundarias y reforzadoras de las estrictamente verbales.

4. Actividades reeducadoras.

Buscan algunos de los siguientes fines:

- Desarrollar la expresividad y comprensión comunicativas.
- Adiestrar las manipulaciones y el sentido espacial tratando de perfeccionar la estructuración de la lateralización.

Los ejercicios de aplicación más fáciles son:

- a) Los discriminativos. Se utilizan fichas y elementos de distintas formas y colores y se procede a su ordenación y clasificación según criterios múltiples.

- b) Los manipulativos, derivados de los anteriores y caracterizados por la progresividad de las tareas.
- c) Los secuenciales y de seriación, según modelos y criterios varios. Se baraja el color, formas, tamaños, superficies, volúmenes de las piezas o unidades empleadas.

d) Los de verbalización. Ya se han indicado los criterios generales del aprendizaje de las denominaciones cromáticas. Pero con el color se recuperan palabras y conceptos comparativos (igual, distinto, parecido, más o menos intenso, etc).

Una metódica a seguir para ello sería:

- Señalar las piezas de igual color de entre un conjunto.
- Señalar algunas de ellas a partir de orden verbal.
- Nombrar sucesivamente cada una de ellas como si leyese.

e) Otros ejercicios. A parte de los referentes a las nociones espaciales interesan ciertas actividades alertadoras y provocadoras de respuestas rápidas como:

- Apretar botones o mover palancas cuando se encienden ciertas luces o aparecen en pantallas objetos coloreados.
- Apretar botones o mover palancas, identificables por su forma y color cada vez que se escuchan determinadas palabras consignas o señales.
- Realizar ciertas acciones y movimientos al recibir señales cromáticas.

- 6 -

LOS TRASTORNOS AGNOSO-APRAXICOS ACOMPAÑANTES A LOS CUADROS

AFASICOS Y SU REEDUCACION.

Ya se ha insistido en que el afásico raramente sufrirá un simple menoscabo lingüístico y que, por el contrario, estará afecto de otras minusvalías que mutuamente se potencian o, al menos, se interrelacionan. Por ello cabe hacer referencia aquí del valor del diagnóstico y reeducación de las alteraciones de la esfera gnoso-práxica ya que, de algún modo, inciden negativamente sobre el sujeto al dificultarle la comprensión de su entorno o el modo de dirigirse a él de modo intencional en las agnosias y apraxias respectivamente. Consideramos de particular interés los trastornos del esquema corporal, al sentido de la espacialidad estructurada (disturbios derecha-izquierda) y a las apraxias que imposibilitan las manipulaciones y sobre todo los grafismos.

En ocasiones la índole lesional cerebral da una sintomatología preponderantemente agnósica o apráxica, en algunas de sus formas de exteriorización. En estos casos los objetivos reeducadores serán esencialmente en esa dirección para secundariamente, y muchas veces al cabo de algúntiempo (cuando esas manifestaciones han cedido en intensidad), pasar a instaurar un tratamiento logoterápico más intensivo. De todas formas los factores verbales reeducativos se tendrán siempre presentes, ya sea cuando se dan órdenes de complejidad variable o indicaciones respecto al entorno o a las propias partes corporales y sus necesidades más perentorias.

La presencia de algún disturbio específico agnósico o apráxico es susceptible de enmascarar ciertas manifestaciones afásicas o son responsables de que los esfuerzos reeducadores se vean bloqueados.. Por todo ello es importante que en la exploración general se detecten con el fin de poner en práctica el modo de anularles.

Los límites entre afasia y agnosias y apraxias no es raro que se superpongan como resulta claro de evidenciar en muchas

agrafias, agnosias auditivas, agnosias para los colores, apraxia buco-linguo-facial y aquellas que afectan a la expresividad gestual proposicional. La rehabilitación debe abarcar globalmente todos estos campos, por lo que las distinciones serán, en cualquier caso, más de índole expositiva que práctico.

A continuación se pasa revista a las implicaciones que las diversas modalidades de agnosias y apraxias ejercen sobre la afasia, y las prácticas reeducadoras de ésta que influenciarán más directamente a aquellas dentro del contexto general rehabilitativo.

I.: APRAXIAS:

- 1) La apraxia constructiva es la variedad considerada más frecuente, y por ello la que más nos interesa. Afecta a la realización de grafismos y a las pequeñas manipulaciones para reproducir formas y figuras mediante materiales sencillos como cubos, módulos geométricos, piezas de rompecabezas, palitos, cordeles, etc. Compromete directamente la escritura y el dibujo libre o copiado de objetos, prácticas todas ellas de gran interés rehabilitativo. Las actividades reeducadoras más idóneas para ella son las descritas al tratar de los adiestramientos manipulativos y de la escritura.
- 2) La apraxia ideomotriz impide realizar gestos significativos, y por tanto comunicativos, con el propio cuerpo simplemente sin la intervención de objetos o instrumentos de cualquier clase (AJURIAGUERRA). También afecta a la ejecución de gestos o actitudes corporales, sobre todo de miembros superiores, arbitrarios y sin significación. La metodología reeducadora se hace con las listas de acciones recogidas al ocuparnos de las "Alteraciones de otras formas de expresividad".
- 3) La apraxia ideatoria se ha definido como la imposibilidad

o dificultad de hacer uso de objetos, instrumentos y aparatos de la vida cotidiana por pérdida de la secuencia de actos sucesivos elementales que exige su empleo y que se logró en su día mediante el aprendizaje. HEILMAN llama la atención sobre los factores de verbalización comprometidos, del mismo modo que en la anterior variedad lo estaban los del autoreconocimiento corporal. La reeducación irá encaminada a la reconstrucción de las actividades de la vida diaria, terapia ocupacional y a la potenciación de sesiones logoterápicas de carácter representativo.

- 4) La apraxia buco-linguo-facial, ya estudiada en los trastornos de la expresividad verbal.
- 5) Otras modalidades de apraxias descritas, de la marcha, del vestirse, etc. tienen para la afasia menor interés.

II.: AGNOSIAS:

- 1) La agnosia auditiva como entidad aislada y genuina es muy rara. Pero formas menos absolutas son extraordinariamente frecuentes en gran número de afasias. Respecto a su tratamiento e implicaciones verbales cabe afirmar lo expuesto en relación con los trastornos afásicos de la comprensión y las amusias.
- 2) Las astereognosias, o agnosias táctiles y palpatorias están relacionadas con las afasias táctiles clásicas y, en cierto modo, con algunas anomías ya que al no reconocerse el objeto manipulativamente se bloquea el oportuno empleo de la palabra designadora. Su reeducación se efectuará fundamentalmente mediante el abordaje del elemento irreconocible a través de otras vías sensoriales con el fin de, contrastándose, crear suplencias funcionales condicionadas a la palpación y verbalización.
- 3) Hay varias clases de agnosias visuales. AJURIAGUERRA y

HECAEN distinguen:

- Agnosias visuales para los **objetos** y sus representaciones gráficas, en cuya reeducación presiden los mismos criterios que para las astereognosias sustituyéndose el factor palpativo por el visual. Es interesante comentar que frecuentemente el afásico adolece de una lentificación de los reconocimientos de objetos y figuras gráficas, especialmente cuando se encuentran varios mezclados. Estas formas leves mejoran a través de ejercicios de apareamiento, designación a la orden verbal y clasificación según diferentes criterios. Las láminas empleadas para la corrección de las perseveraciones tendrían aquí aplicación. Las sesiones reeducadoras representativas refuerzan la correcta interpretación de los objetos. La prosopagnosia, o agnosia a las fisionomías sería encuadrable aquí.
 - Las agnosias para los colores, ya comentada en cuanto a su reeducación afásica al tratar de las anomías cromáticas.
 - Las agnosias para la simbología gráfica, también comentada a propósito de las alexias.
- 4) Las agnosias espaciales, que tienen varias subdivisiones:
- La desorientación espacial para las localizaciones absolutas y relativas de los objetos, de sus clasificaciones e incluso de sus dimensiones. Su reeducación es semejante a la de los trastornos comprensivos afásicos, en especial aquellos ejercicios que exigen la indicación bajo orden verbal y sus agrupamientos. También algunas de las actividades recogidas para la reelaboración de las nociones espaciales derecha-izquierda y arriba-abajo.
 - La agnosia espacial unilateral, o ignorancia de lo que

sucede o hay en la mitad izquierda del campo visual del paciente. Requiere una estimulación polisensorial y una incitación de la manipulación y grafismos hacia el lado afecto. También los ejercicios de reconstrucción de elementos a partir de sus mitades constitutivas.

- La parálisis psíquica de la mirada de BALINT se combatirá en lo posible mediante actividades que exijan un alto grado de coordinación progresiva ojo-mano y que se desplacen hacia los lados no considerados por el paciente, procurando mantenerle en un elevado nivel motivacional.
 - La pérdida de la memoria topográfica se intentará contrarrestar mediante ejercicios de orientación en mapas (de países, carreteras, ciudades, barrios, casas) con los que estuviese anteriormente familiarizado, y de diferentes escalas y grados de complejidad detallística. Se emplearán los estandarizados y los creados sobre la marcha. Se marcarán itinerarios sencillos con ayudas de maquetas, muñecos, coches de juguete e incluso trenes eléctricos, scalextrix, etc. Como lo que nos interesan son los afásicos con este trastorno sobreañadido se procurarán introducir todos los factores posibles de índole verbal.
- 5) Las asomatognosias constituyen un amplio capítulo con interesantes modalidades. La de la denominación de las partes corporales es la que tiene más interés, por su conexión con el lenguaje. Seguidamente se pasa a estudiar su metodología lingüística reeducadora, al mismo tiempo que se trata del problema de la designación nominal de las direcciones espaciales ya que ambos fenómenos parecen ir muy unidos.

LA DENOMINACION DEL CUERPO Y DEL ESPACIO.

El hombre se mueve en un espacio tridimensional al que queda inscrito de un modo particularmente estructurado, en relación con los animales, en gran manera debido a su bipedestación, que le marca el eje de arriba-abajo, y también a la diferente significación funcional de una y otra mano (que determina la existencia de una polarización dual derecha-izquierda). En la noción espacial que el hombre llega a poseer aparecen, según CRITCHLEY, tres niveles de aprehensión:

- La percepción espacial tridimensional del entorno a expensas del bombardeo polisensorial a que está sometido el ser humano, al igual que el resto de los componentes del reino animal, y que le lleva a un conocimiento operativo y dinámico del propio cuerpo en tanto en cuanto que recibe la susodicha estimulación sensorial y de algún modo debe reaccionar frente a ella.
- La concepción del espacio desde una óptica específicamente "humanizada", en donde intervienen multitud de experiencias del sujeto de carácter cultural y en donde se adscribiría la noción verbal del espacio y de la corporalidad como sede del YO y de la conciencia.
- Las manipulaciones espaciales, ya que cualquiera de ellas se verifican en un espacio tridimensional y en contacto o interacción con el entorno, de los quehaceres típicamente humanos como son la escritura o las diversas praxias instrumentales desarrolladas a partir de entrenamientos senso-motrices en las primeras fases ontogenéticas según los estudios de PIAGET y GESSELL.

En cualquier caso el sentido de la espacialidad está muy ligado a la esfera fono-gnóso-práctica y exige como primer paso estructurarse de forma armónica, una previa configuración de la somatognosia, es decir del propio esquema corporal. Así CHILDER

señala la necesidad de tener un conocimiento previo del propio cuerpo para iniciar una acción motora intencional en el entorno espacial. Por otra parte, en los trastornos agnoso-apráticos de la manipulación quedarían bien claras las imbricaciones entre las agnosias espaciales y las corporales. TOMATIS, de su parte, pone de manifiesto que el lenguaje es, conjuntamente con las sensaciones propioceptivo-táctiles y visuales, quien configura el esquema corporal. Ello se corrobora con el hecho de que el niño llega a hacerse con la noción de derecha e izquierda a los 5 - 7 años, que es cuando el lenguaje verbal está ya básicamente desarrollado.

La noción del esquema corporal no es homogénea ni en el tiempo ni en el espacio. La atención y grado de concienciación sobre nuestro propio cuerpo varía de unos momentos a otros y determinadas áreas corporales tienen una calidad de autopercepción más nítida y profunda que otras, lo que se traduce en una mayor abundancia o minuciosidad de denominaciones usuales. Como ejemplo, y a modo de contraposición, cabe citar a los dedos de las manos, cada uno de los cuales tiene un nombre específico, frente a los de los pies que son anónimos salvo el primero o gordo. Las tan peculiares circunstancias que concurren en las manos humanas, de carácter senso-motor y psíquico, explica que en ellas se localicen disturbios apráticos complejos (dentro de las apraxias constructivas, ideomotrices e ideatorias), agráficas y también agnósicos (como en el síndrome de GETSMAN que tan frecuentemente sufren los pacientes afásicos). Las imbricaciones que todos estos síndromes invalidantes presentan con la órbita verbal y las relaciones que se han establecido entre las manos y el lenguaje obligan a que merezca una particular atención el problema de la concienciación manual sobre todo de los dedos, dentro de las dimensiones generales del esquema corporal.

Si desde el punto de vista motor una y otra mano presentan diferencias sustanciales en cuanto a sus capacidades funcionales, como consecuencia de la dominancia hemisférica, no parece haberlas, o son menos llamativas, sensorialmente. Así en un estudio sobre la digitognosia para estímulos táctiles (DE LA FUENTE Y MONTERO) no se apreció diferencia ostensible entre una y otra mano, no ocurriendo lo mismo con los dedos de cada una de ellas. Los dedos índice, medio y anular, particularmente este último, están considerablemente menos concienciados que el meñique y que el pulgar sobre todo. Las confusiones lo son respecto a los vecinos. En la gráfica adjunta se recogen comparativamente los errores en cada mano y dedo. Para algunos autores (FREDERICKS y WRIGHT) la mayor incidencia agnoso-aprática en los dedos se debería al distinto papel funcional en la manipulación y al hecho de tener una imagen lingüística propia.

La verbalización corporal tiene, por otra parte, diversas vertientes de tal manera que cabe distinguir:

- 1º) La simple denominación de algunas partes por la facilidad con que se abordan, al constituir para el afásico la realidad más inmediata del entorno. Las palabras más utilizadas serán las de más fácil fonética y cotidianidad ("mano", "ojo", "pelo") seguidas del resto.
- 2º) El perfeccionamiento de la comprensión verbal o escrita a través de órdenes varias de tocarse distintas partes o adoptar diversas posturas. Este apartado se continua con el de ejecución de praxias ideomotrices e ideatorias. Los primeros pasos reeducativos versarán sobre tocarse con la mano un segmento corporal procediéndose así:
 - Mientras se le repite con claridad y orden corta se le lleva pasivamente la mano al lugar pedido. Se repite varias

- veces el ejercicio para concienciarle mejor.
- Lo mismo buscando intentos espontáneos, que se facilitan tocándole el lugar a donde debe llegar la mano.
 - Igual, al tiempo que el terapeuta lo hace en sí mismo.
 - Ejecución libre de la orden. A continuación se enseña una nueva acción y se repasa la anterior. Se intercalan órdenes distintas.
 - Se manejan un número considerable de acciones que incluso se harán disociando el mensaje verbal de la acción representativa. Se usarán espejos.
- 3º) Empleo del propio cuerpo, y de actividades ligadas a él para la reconstrucción de las nociones direccionales espaciales. Supone adiestrar el esquema corporal, sobre todo para los órganos pares. Se extremará la comprensibilidad mediante órdenes complejas (como tocarse la oreja derecha con la mano izquierda) y dobles o triples.
- 4º) El perfeccionamiento general del esquema corporal llevará aparejado el factor verbal siempre que sea factible. La mera rehabilitación física del hemipléjico en lo referente a las concienciaciones posturales, los intentos de movilización activa facilitada del lado paralizado, la provocación de sincinesias, la mejora del equilibrio y de la marcha son ya actividades que favorecen la noción somatognósica y el propio lenguaje. Pero cabe señalar, de modo complementario, algunas tareas que complementan más la verbalización y el concepto del YO físico. Son:
- Adopción de posturas descritas verbalmente (sentarse, levantarse, decúbitos, otras más sofisticadas).
 - Imitación postural al terapeuta.
 - Imitación de posturas de dibujos o fotografías.

- Reconstrucción de posturas creadas pasivamente por el terapeuta en el cuerpo del paciente, deshechas y vueltas a recrear por él. Lo mismo en muñecos articulados. Comentar y descripción de todas ellas.
- Realización de estimulaciones táctiles varias por la superficie corporal del paciente, localización y comentario. Especial interés tendrán las concienciaciones digitales del síndrome de GERTSMANN (perdida de la noción derecha-izquierda, acalculia, disgrafía y la citada d_{ig}itoagnosia).

La incidencia de disturbios espaciales en los cuadros afásicos es frecuente tanto operativa como denominativamente, seguramente por la complejidad y concurrencia de factores múltiples en su estructuración (AJURIAGUERRA). PIRISI se refiere muy directamente a las de carácter verbal y pone como ejemplo de ello el que los dedos de las manos tengan nombres individuales lo que no sucede con los de los pies que están menos concienciados, llama la atención también sobre las relaciones de los dedos con la numeración.

Un examen somero de los trastornos de la espacialidad da el siguiente balance de síndromes neurológicos comprometidos:

- a) En todas las afectaciones del esquema corporal.
- b) En las apraxias de cualquier tipo en donde de alguna forma la imposibilidad de efectuar los actos intencionales exigidos conlleva un componente de pérdida del conocimiento corporal para llevarle a cabo o de saber desenvolverse en el espacio tridimensional que le envuelve.
- c) En las agnosias espaciales, como manifestación esencial y primaria.
- d) En las propias afasias más puras en las que fracasa la com-

percepción de mensajes en los que vehiculan nociones espaciales o la expresión de los mismos.

Estudio sobre la afectación espacial en sujetos con lesiones cerebrales.

Con objeto de estudiar con una visión general y amplia los trastornos espaciales que sufren pacientes con lesiones cerebrales, se procedió a efectuar un estudio objetivo del mismo en un grupo de 41 hemipléjicos.

1. Material y método.

A cada uno de ellos se les proporcionó un papel blanco de 30 x 30 cms. en cuyo centro se había trazado un grueso punto. Se les pidió a cada uno de los 41 que dibujasen, a partir de él, cuatro líneas rectas de igual longitud hacia arriba, abajo, derecha e izquierda. Las normas de ejecución se explicaban oralmente y cada línea era trazada cuando se ordenaba y siguiendo el orden sucesivo establecido. La hemiplejia era de lado indistinto y en algunos casos se sobreañadía afasia. La prueba se realizó también en un grupo control de 20 sujetos sanos con el fin de proceder con mayor seguridad a contrastar los resultados.

2. Resultados.

- 1) En los sujetos sanos se confirmó la facilidad de perfección ejecutiva de la prueba. Las diferencias entre los trazos eran individualmente menores de un centímetro y la regularidad de los cuatro ángulos rectos tuvo errores de menos 10°.
- 2) En 6 hemipléjicos no se pudo hacer la prueba por su mal estado general, obrubilación o desorientación. Tenían A.V.C. re-

cientes.

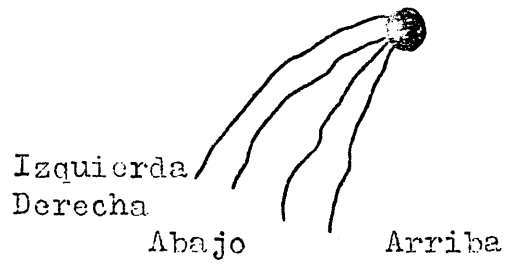
- 3) En los 32 hemipléjicos en que la prueba se hizo 19 eran derechos (de los que 2 además tenía disartria y el resto afasia. Los demás, 13, eran izquierdos.
- 4) En los 8 hemipléjicos derechos sin afasia solo 2 tuvieron errores ejecutivos, frente a los 9 afásicos en los que sí los hubo. En los otros 2, del total de 11, la perturbación del habla era exclusivamente motora. Hay que indicar, por otra parte, que la situación de la hemiplejia era de una evolución de 3 semanas a 2 años.
- 5) Los errores cometidos se sistematizaron del siguiente modo:
 - Desorganización total de las líneas, e incluso de su rectitud. Eran dos hemipléjicos derechos afásicos.
 - Desorganización del espacio con trazado unidireccional de las cuatro rectas exigidas. Eran también dos hemipléjicos derechos afásicos.
 - Conservación de las direcciones en cuanto a su ejecución motriz pero confusión en la denominación de cada una. Fueron. Tres hemipléjicos derechos afásicos y 1 izquierdo.
 - Desorientación de un hemicampo y conservación más o menos aceptable del otro. 3 pacientes, uno de ellos afásico.
 - Trastornos en la reproducción de la verticalidad, es decir de las líneas hacia arriba y abajo. Eran 3 izquierdos y 2 derechos, en los que en la exploración general se vieron trastornos acusados de los equilibrios y la marcha con tendencia a la inclinación de tronco y cabeza junto a mala concienciación de la verticalidad. Estos hallazgos estarían en relación con los descritos por HULICKA y BECKENSTEIN que encuentran dificultad perceptiva de líneas verticales en hemipléjicos, sobre todo izquierdos.

3. Discusión y comentarios.

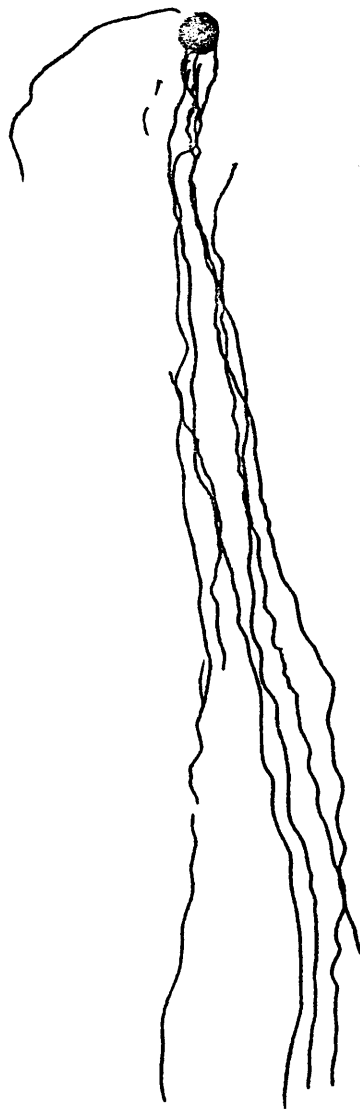
Todos estos resultados no hacen más que subrayar la frecuencia de alteraciones de la espacialidad, tanto verbal como operativa, y sus mútuas relaciones con la somatognosia y el lenguaje. Desde el punto de vista rehabilitativo esta habitual asociación no debe perderse de vista en ningún momento, con el fin de proceder a una reeducación de todos los aspectos deficitarios. Las actividades reeducadoras son en gran manera comunes desde el momento en que en ellas se introducen fácilmente factores verbales.



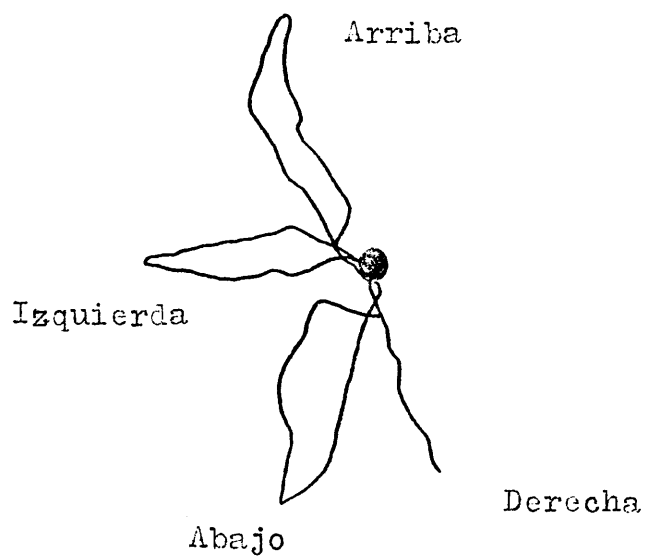
Ejemplo de desorientación y desorganización de las direcciones espaciales junto a importantes trastornos instrumentales manipulativos dispráxicos.



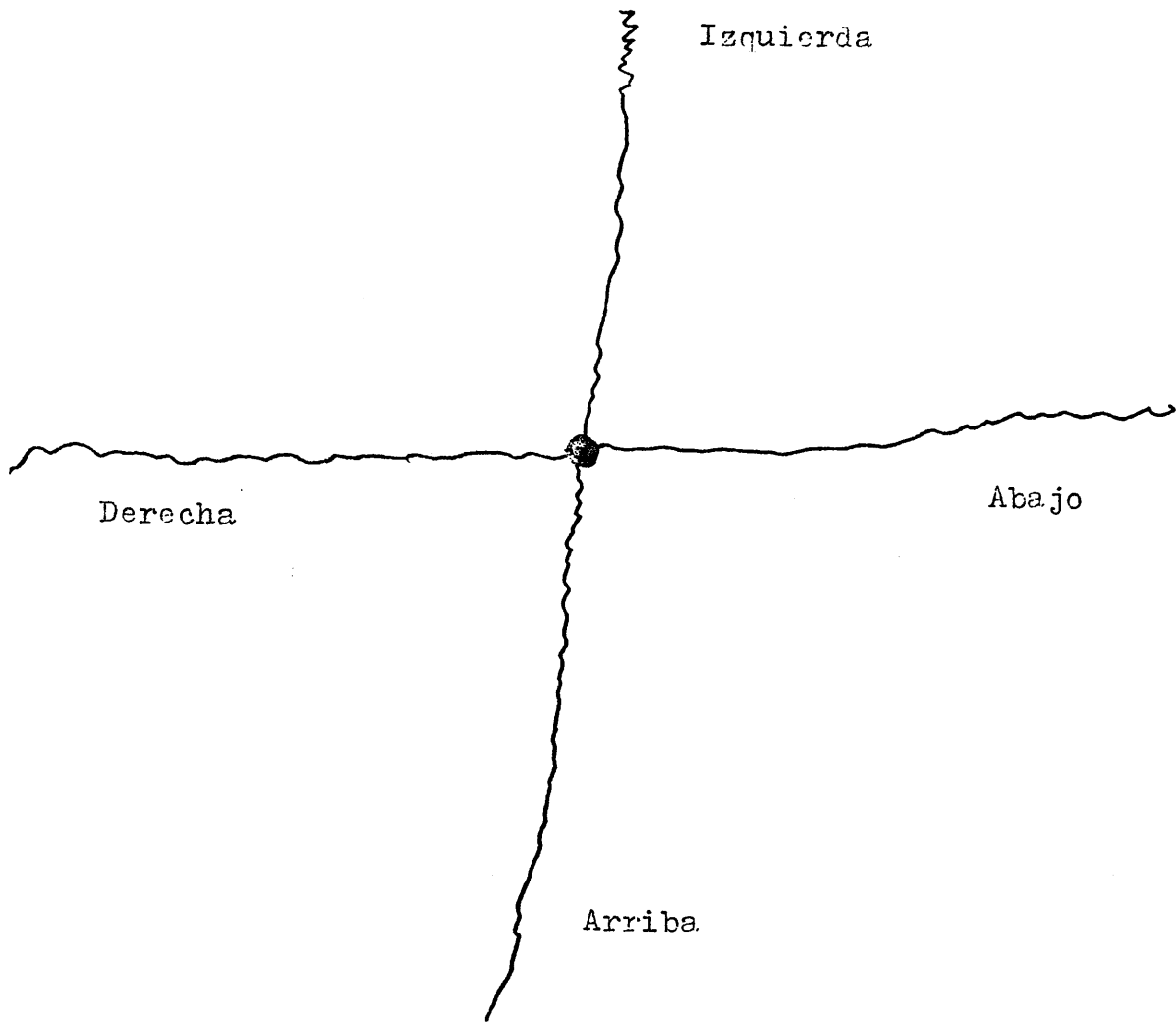
Desorientación espacial con trazado unidireccional dando una imagen de "cometa" o "estrella de Navidad".



Ejemplo de desorientacion espacial con trazado unidireccional "en cometa" acompañado de gran afectación de la esfera verbal ya que el paciente se perdía al intentar adjudicar el nombre de cualquier dirección a los trazos que efectuó.

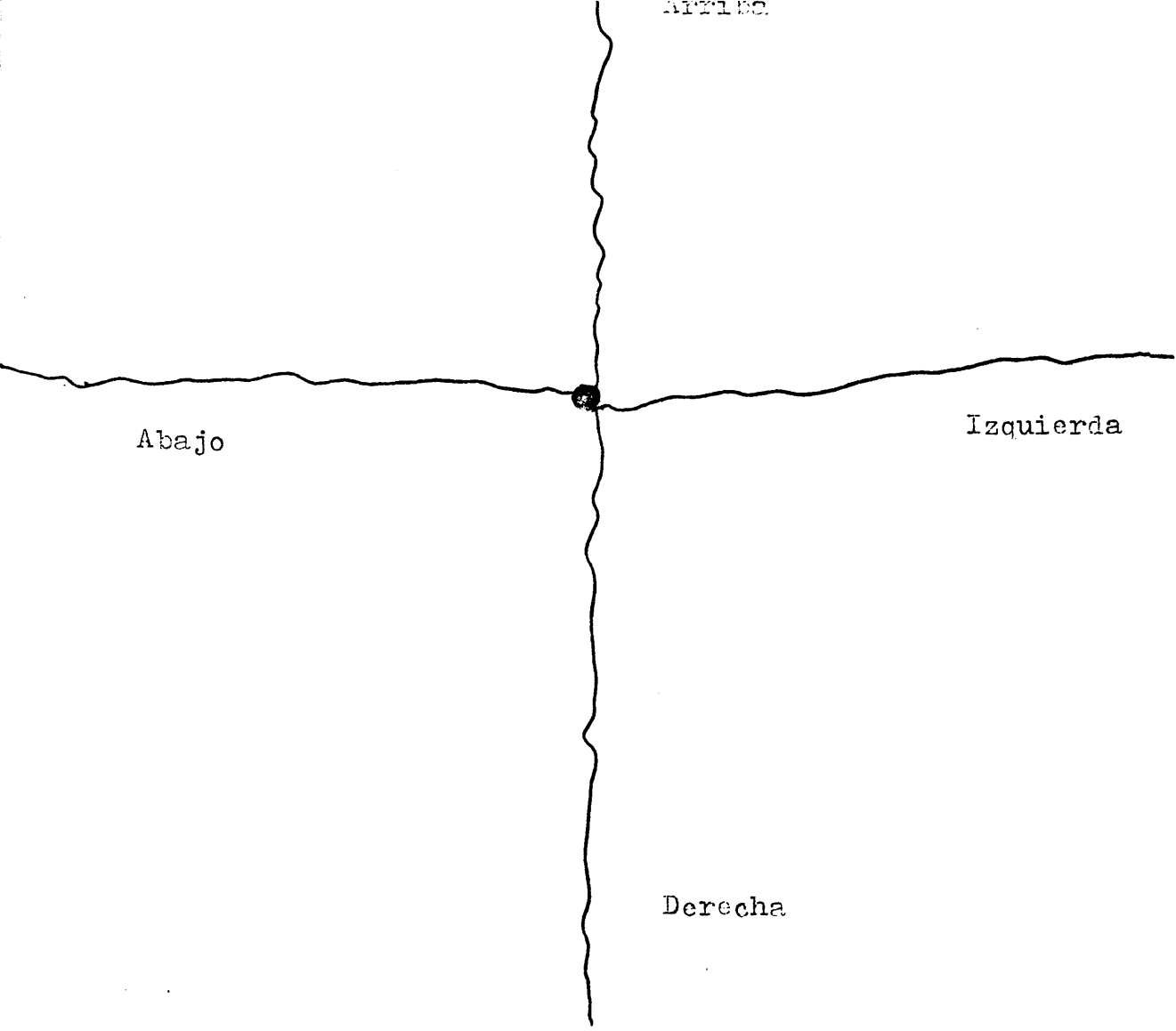


Desorientación espacial relativa, con conservación de las nociones verbales, afectando a un hemisferio.



Conservación de las nociones espaciales direccionales
y abolición de los aspectos verbales concomitantes.

Arriba

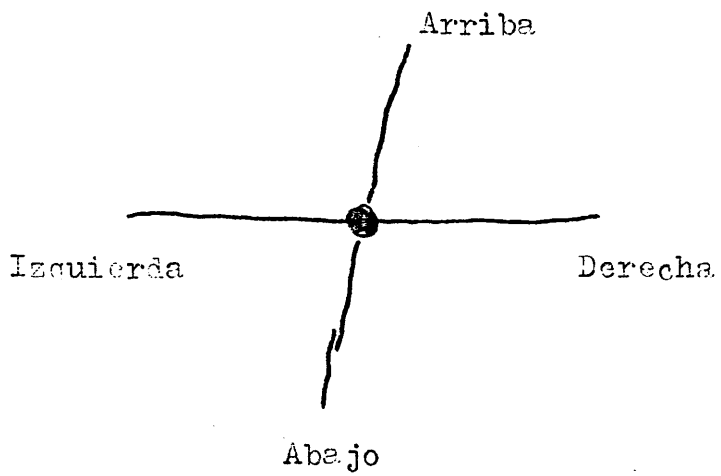


Abajo

Izquierda

Derecha

Conservación de las nociones espaciales direccionales y abolición de los aspectos verbales acompañantes, salvo para el "arriba" que se conservaba como puede apreciarse en la figura.



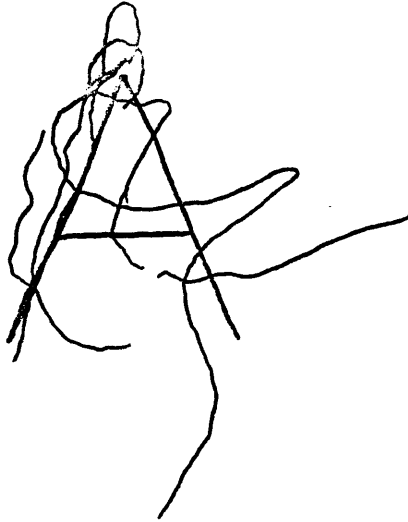
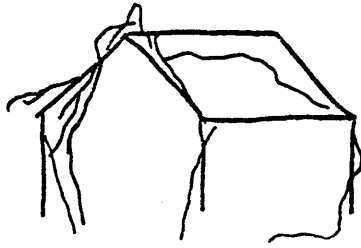
Dificultades en la reproducción de la verticalidad en una paciente hemipléjica derecha con mal equilibrio por mala concienciación de la verticalidad. Las nociones verbales y direccionales de la espacialidad las tenía, sin embargo, conservadas.



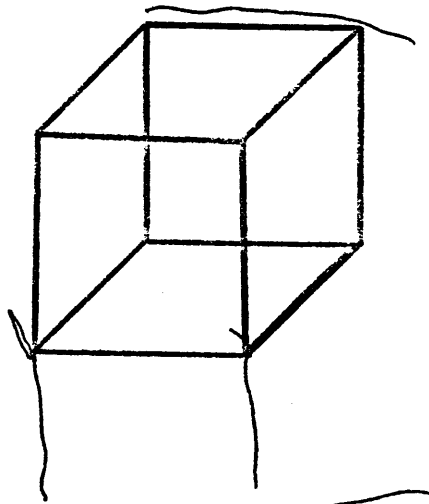
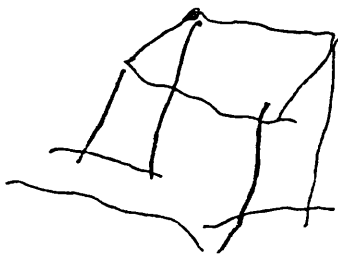
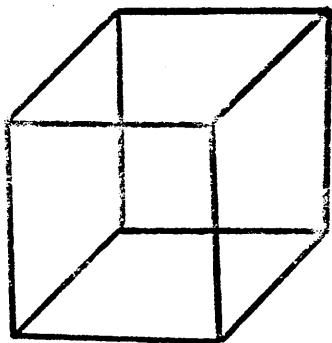
Los trastornos neurológicos sobreañadidos al cuadro afásico dificultan su reeducación y deben ser muy tendidos en cuenta para combatirlos eficazmente. En el caso reproducido se trataba de una paciente con una importante afectación del esquema corporal y del lenguaje. En la fotografía vemos que su mano y antebrazo derecho los oculta bajo un pañuelo como queriendo desentenderse de ellos. El hemicuerpo serecho estaba afectado por una hemiplejía. En este tipo de paciente la rehabilitación debe abarcar las órbitas senso-motrices, gnoso-práxicas, lingüísticas y las socio-familiares.



Los ejercicios de denominación de las partes corporales perfecciona no solo la esfera verbal sino también las praxias y la somatognosia, elementos perturbados conjuntamente en muchas ocasiones. En la fotografía la paciente se señala el pelo con la ayuda de un contacto a ese nivel, efectuado con una varilla, para que concientice mejor la zona.

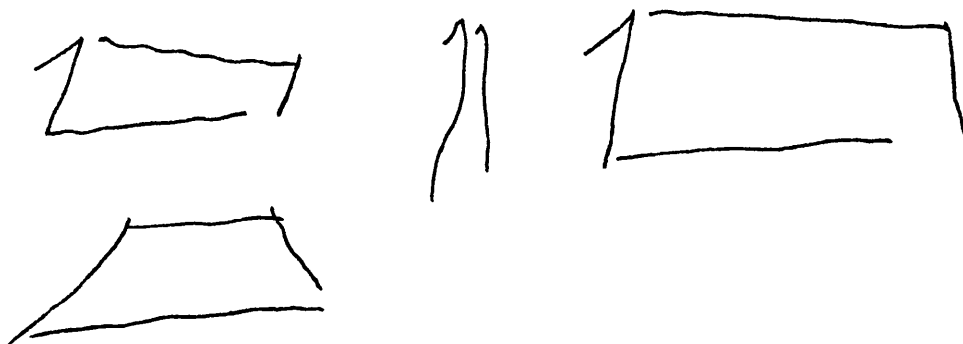


Ejemplos del fenómeno del "closing-in" de MAYER-GROSS que aparece en ciertas apraxias constructivas. El paciente aquí verificó estas superposiciones sobre el modelo que se le presentaba dos semanas después de haber sufrido un A.V.C. con afasia acusada. Dos semanas más tarde ya no se demostraba el fenómeno y el habla había progresado ligeramente aunque la agrafia era total.

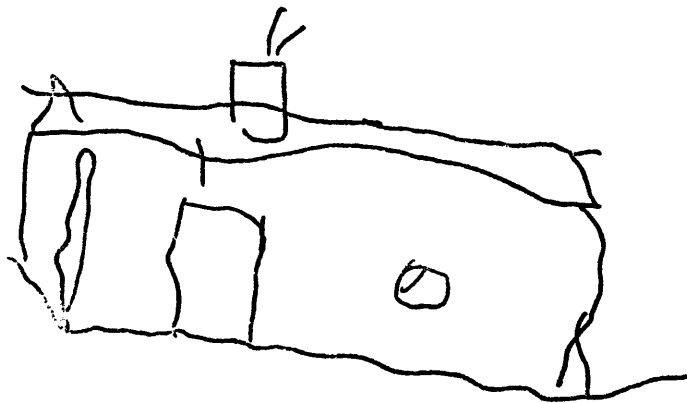
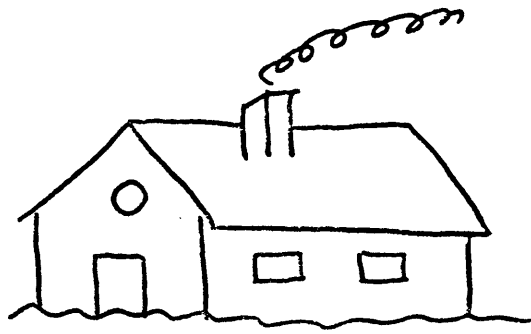


El dibujo de un cubo, de memoria o copiado, es ya clásico en el estudio de las praxias gráficas. Su especial dificultad ejecutiva reside sin duda en el respeto a las perspectivas y a la captación espacial que requiere. En el dibujo de la izquierda el fallo ha radicado ahí aunque el paciente casi logró sus propósitos. En el de la derecha en cambio este otro paciente fracasó por completo pese a sus intentos; cabe señalar el inicio de aparición del fenómeno del "closing-in" de MAYER-GROSS ya que algunos trazos están hechos sobre el mismo modelo o pegados a él. PEÑA CASANOVA encuentra importantes factores culturales en la reproducción de este tipo de figuras.

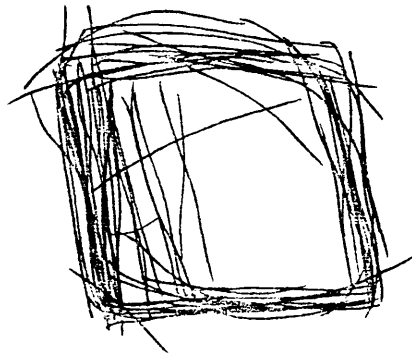
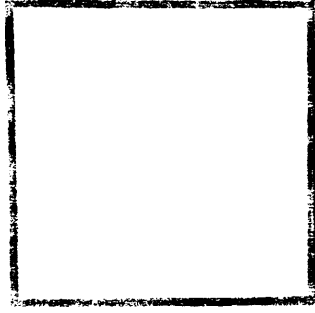
He estado el verano en la provincia
de León donde he pasado todo
este tiempo.



Material de un hombre de 65 años que tuvo un A.V.C. con hemiplejía derecha, que pronto remitió, afasia y apraxia constructiva. El lenguaje evolucionó favorablemente, incluso el escrito espontáneo del que se recoge una muestra, sin embargo la apraxia persistió más tiempo como se aprecia en sus intentos de dibujar una casa. También se recogían anomias y alguna perseveración. En el escrito se ve una silábica correspondiente a "León". La instrumentalidad de los trazos se ve algo deteriorada pese a que el inicio de cada palabra es más firme y semejante a su anterior modo de escribir. Se comprende cómo en estos casos es preciso abordar la reeducación de las praxias paralelamente a la del lenguaje oral y escrito.



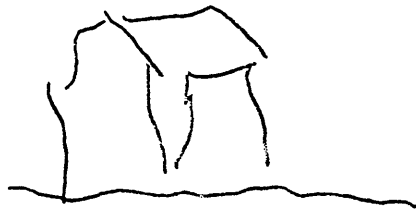
Dos estadios sucesivos en la recuperación de un paciente afecto de afasia y apraxia constructiva. Se trataba de reproducir bajo control visual el modelo de casita que figura en primer lugar. El primer intento data de las tres primeras semanas después del A.V.C. El segundo de la sexta semana. Paralelamente se observó la aparición de las primeras manifestaciones verbales y una mayor capacidad de comprensión y reconocimiento de los objetos e imágenes gráficas. El acto de dibujar la casa facilitó la aprehensión conceptual de la misma y su exteriorización verbalizada. El modelo de casa escogido pertenecía a un patrón muy habitual, simplificado y antiguo (escolar) escogido a propio intento por considerarse así más reforzador de la idea que vehiculaba.



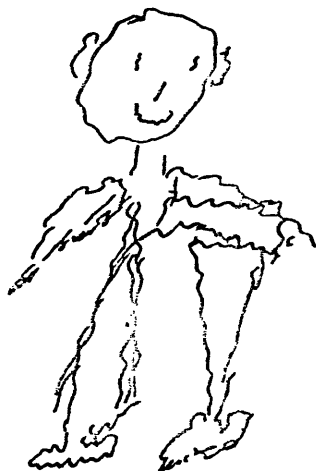
Acuí se recoge un ejemplo de inercia de estereotipo motor en la copia de un cuadrado. El paciente dibujo con la mano izquierda.



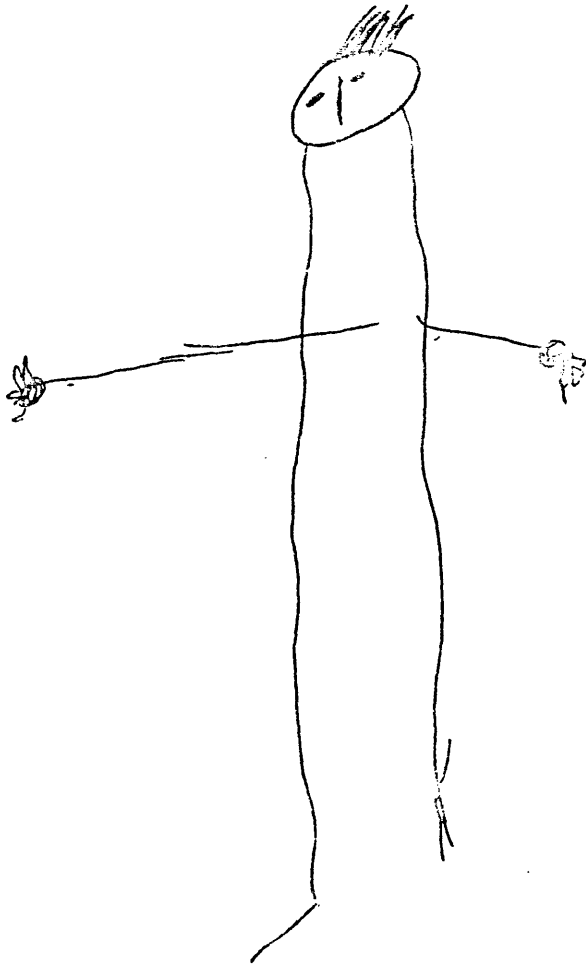
Dibujo de casa, árbol y personas realizado por un paciente afásico con disturbios asociados agnoso-apráticos. Se aprecian las dificultades representativas de la figura humana, las de ubicación espacial de la casa y sus partes y la presencia de un fenómeno de inercia de estereotipo motor (en el tratamiento del tejado o de la puerta).



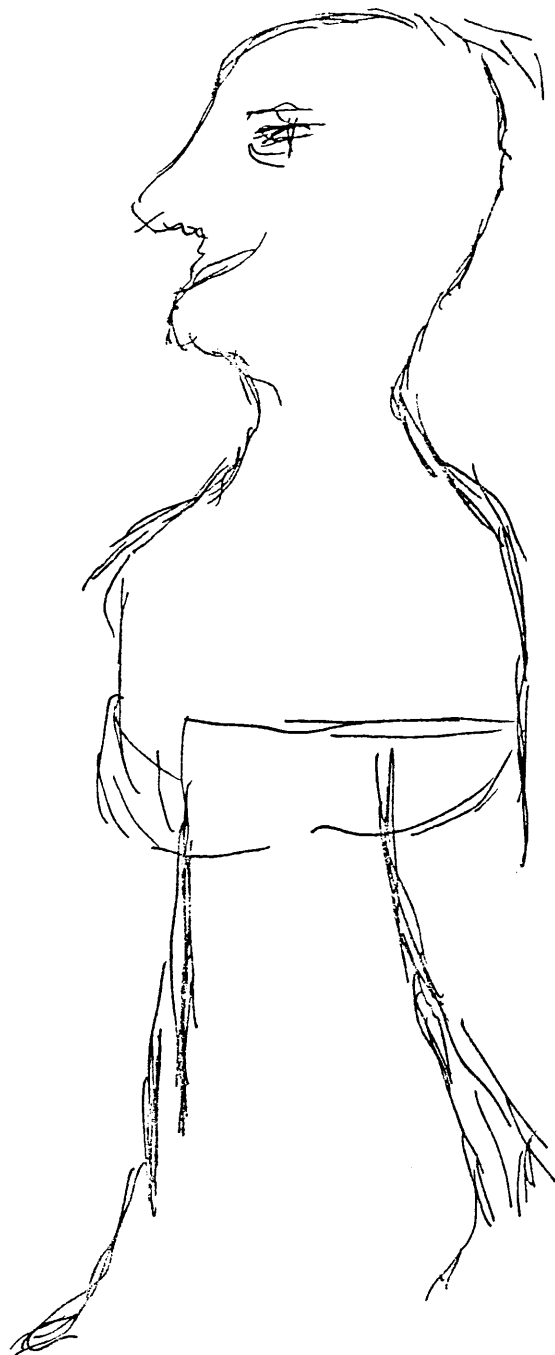
El dibujo convencional de una casita muestra algunas de las dificultades de estructuración de las líneas que se encuentran en las apraxias constructivas. Entre las dos figuras transcurrieron cinco semanas y los avances logrados en la segunda son evidentes. El problema de plasmación de las perspectivas, la sensación de profundidad, y el trazado de las líneas oblicuas es aquí evidente. Esta última dificultad también se observa para las letras y números que incluyen este tipo de rasgos. Estos dibujos fueron realizados por el paciente espontáneamente a partir de una orden verbal y con anterioridad había sido incapaz de trazar ninguna parte de la figura.



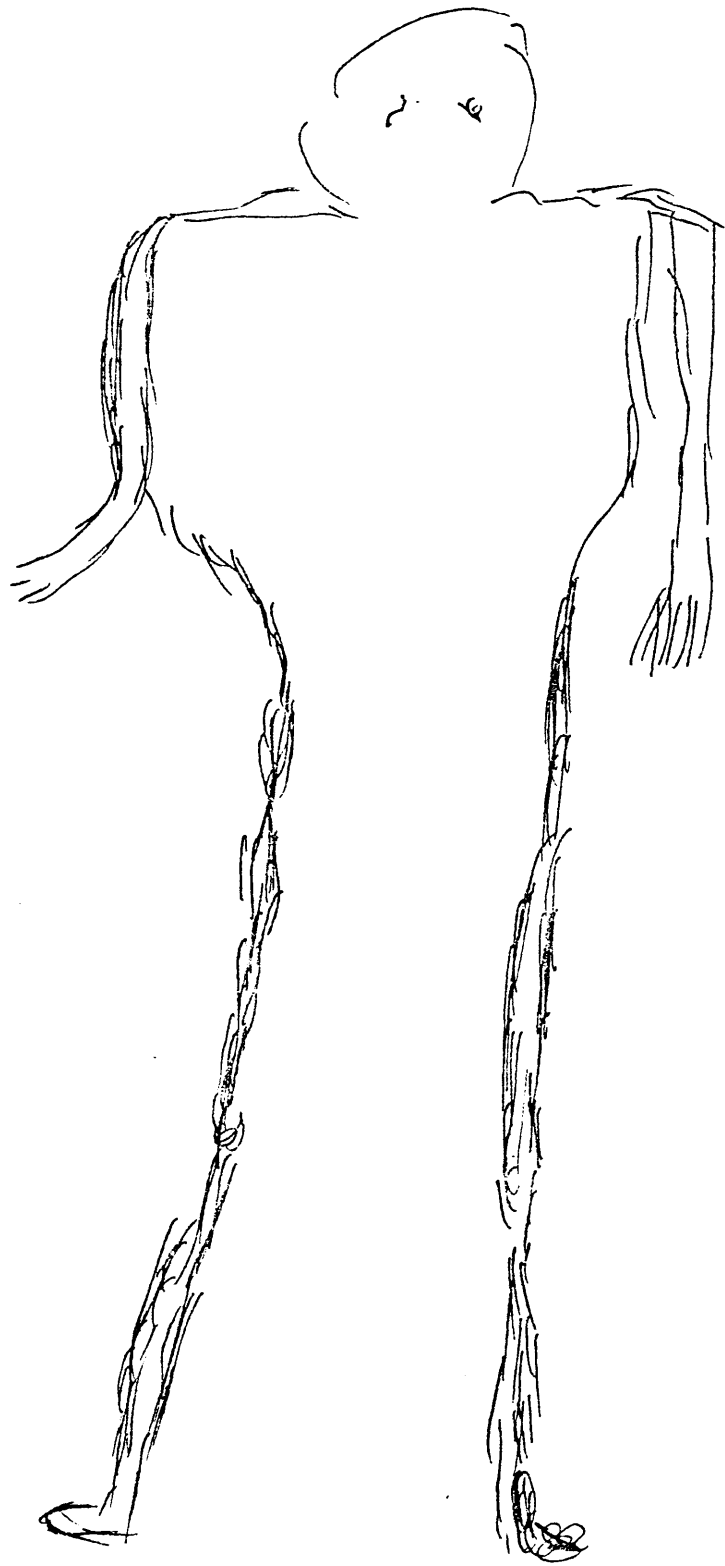
Dos reproducciones de la figura humana realizadas por un afásico con más de un año de evolución. Entre ambas trascurrieron tres semanas, la mejoría cabe achacarla a la reeducación de los grafismos y esquema corporal ya que anteriormente a la primera figura no había estado sometido a tratamiento rehabilitativo. Paralelamente se obtuvo una mejoría en la esfera verbal en cuanto a la fluidez expresiva y las asociaciones de palabras.



Representación de la figura humana por un paciente afásico.



Representación de la figura humana por un paciente afásico.



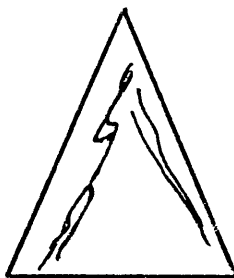
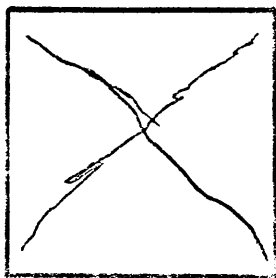
Representacion de la figura humana por un paciente afasico.



Reproducción de la figura humana por un hemipléjico derecho y afásico con perturbaciones en la esfera somatognósica y de las praxias manipulativas.



En este caso la reproducción gráfica de la figura humana mejoró considerablemente en el lapsus de tres semanas. Se aprecia como el segundo dibujo incluye detalles que no aparecen en el primero como es la presencia de cuerpo y un mejor cuidado en el detalle de los dedos. Ha habido una recuperación en el sentido ontogenético y cabe hacer un paralelismo entre estas figuras y las que realizan los niños, en los cuales en un principio solo pintan la cabeza, más tarde hacen salir de ella los miembros directamente y al final dibujan el cuerpo. La reproducción de la figura humana constituye un test de desarrollo intelectual infantil creado por GOODENOUGH.



Trastornos de apraxia constructiva asociados a agrafia total y afasia acusada. Hay un fenómeno de "closing-in" en el triángulo que es posteriormente corregido en un nuevo intento después de hacersele ver al sujeto. En el caso del cuadrado se obtuvo un curioso resultado consistente en que trazó sus diagonales, se trataría de un fenómeno emparentado con el susodicho "closing-in" aunque menos profundo ya que el sujeto si bien era incapaz de dibujar por su cuenta el cuadrado era en cambio capaz de completarle trazando sus diagonales con lo cual se pone de manifiesto la comprensión de la figura pero no su ejecución, al menos según las pautas marcadas por el explorador.

EJERCICIOS DE VERBALIZACION ESPACIAL.

La reestructuración de la espacialidad, a partir de su verbalización, se puede intentar mediante actividades adiestradoras varias. La adquisición y recta utilización de las palabras que nombran el espacio y establecen las relaciones entre los diferentes elementos encuadrables en sus tres dimensiones presenta indudables dificultades por lo que requiere el aprovechamiento de los potenciales manipulativos y de un buen control postural estáto-dinámico compatibles con una coherente lateralización hemisférica senso-motriz. Todo lo cual nos lleva a plantear la necesidad de lograr un buen esquema corporal y suficientes capacidades de abstracción y simbolización que permitan al sujeto situarse en el origen de las tres coordenadas espaciales para desde allí captar las diferentes perespectivas direccionales.

Así, pues, cabe hablar de tres estadios sucesivos en la noción verbalizada del espacio:

- El adiestramiento general de la motilidad corporal intencional.
- El inicio de las nociones espaciales más elementales, muy ligadas a las habilidades manipulativas y a la comprensión, visual y táctil, básica del entorno y de sus elementos constituyentes.
- El pleno dominio de las nociones espaciales, con todos sus correlatos laborales y especulativos.

En cuanto a los ejercicios más fáciles y asequibles citaremos los siguientes:

- 1.- Señalar con la mano hacia la derecha, izquierda, abajo, arriba, delante, atrás. Efectuarlo con la mano que espontáneamente quiera el sujeto o imponiéndole una u otra. Intercalar otras órdenes y concatenar varias. Lo mismo pero dirigiendo

la mirada hacia esas direcciones. Se cambiará la posición relativa del cuerpo respecto a la habitación.

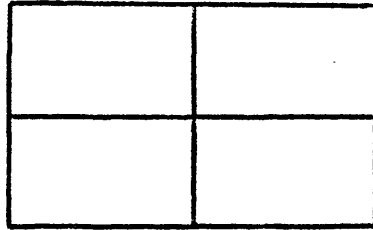
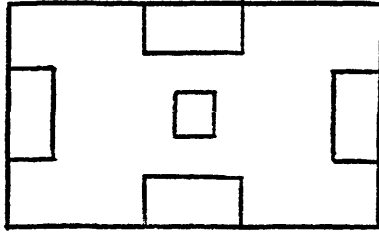
- 2.- Arrojar un balón en distintas direcciones, con ambas manos, con una y otra, con los piés. Se utilizarán varios tipos de pelotas. Se intercalarán otras órdenes.
- 3.- Señalar las partes corporales dobles (ojos, manos, orejas, codos, piés, rodillas, etc.) en sí mismo, en un muñeco, en otra persona colocada primero de espaldas y luego de frente.
- 4.- Efectuar desplazamientos (a gatas, de pié, de rodillas) bajo orden verbal y desde la posición inicial de parado o sobre la marcha.
- 5.- Utilizar varios objetos, o fichas, para cogerles con una y otra mano y colocarles en distintas posiciones entre sí, según se ordene.
- 6.- Trazar líneas de arriba-abajo, derecha-izquierda, derecha-abajo, etc. Emplear distintos colores e instrumentos.
- 7.- Asociar diferentes estímulos a la derecha e izquierda convencionalmente para, con las manos o piés, realizar determinadas acciones (movimientos, clasificaciones).
- 8.- Utilizar los dispositivos reproducidos en las figuras adjuntas del modo que al pié de ellas se describe.
- 9.- Colocar de determinados modos naipes u objetos en los que existe un elemento asimétrico que facilita su distinta orientación.
- 10.- Ejercicios de completar dibujos, fichas, etc, a los que falta una determinada parte.
- 11.- Dividir con trazos o tijeras un papel en distintas porciones (derecha-izquierda, superior-inferior, en cuadrantes, etc.). Reconstruirle.
- 12.- Trazar espirales en distintos sentidos (horario, antihorario), pero en los tres planos del espacio. Atornillar y desatornillar piezas, tuercas o tornillos situados en dife-

rentes planos respecto al operador.

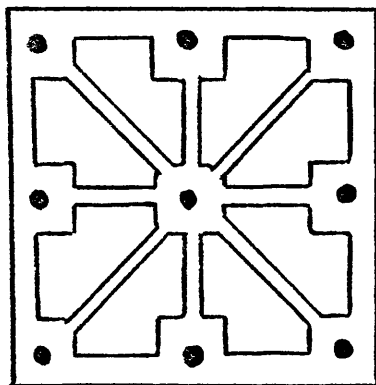
- 13.- Ejercicios de asociación de técnicas de musicoterapia con los de estructuración espacial. Reproducir sonidos, localizarles, con instrumentos musicales simples situados en distintos lugares. Se acompañan los comentarios pertinentes a las acciones.
- 14.- Ejecutar cualquier tipo de órden, de menor a mayor longitud y complejidad enunciativa y ejecutiva, que requieran el empleo de las nociones espaciales.
- 15.- Clasificar objetos, ordenarles o tomarles de estantes, cajas, etc., según instrucciones que conlleven noción de espacialidad.
- 16.- Describir formas de figuras abstractas o concretas de modo que se diga la situación de cada uno de sus detalles. Proceder a la inversa, dibujando o construyéndolas, según normas verbales. Copiar directamente, de memoria.
- 17.- Mover figuras o elementos sobre un plano en el que existan distintos accidentes y describir las direcciones seguidas en estos desplazamientos.
- 18.- Colocar en varias posiciones órganos dobles del propio cuerpo, o de un muñeco, según variados criterios. En general se incluyen aquí todos los adiestramientos del esquema corporal según las directrices que marcó VAYER a propósito de la educación psicomotriz.
- 19.- Situar puntos en el plano dividido por un sistema de coordenadas cartesianas en el que cada segmento de los ejes se denomina derecho, izquierdo, superior e inferior y están divididos en unidades a partir del cero o punto de confluencia de los cuatro.

Cualquiera de estos ejercicios se suministrará de forma programada, su corrección y comentario será lo más próxima a su producción. En general, se buscará el perfeccionamiento de:

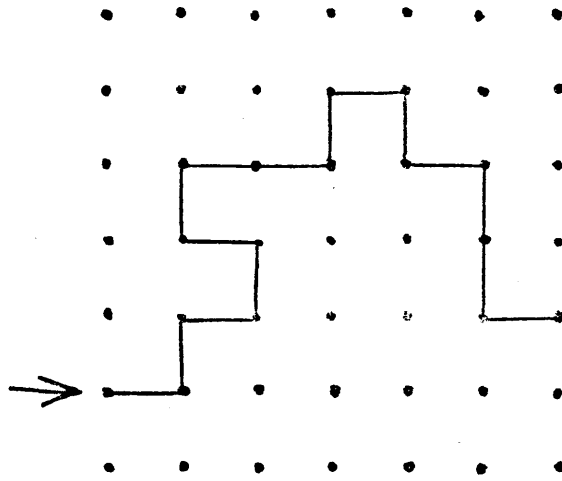
- La capacidad de comprensión oral (o es crita si se dan así las órdenes).
- La rapidez de la respuesta.
- La eficiencia de los resultados.
- La capacidad de autocrítica y autoconcienciación.
- La facilidad de imitación.
- La progresión hacia actividades más complejas y que, en último término, enlazarían con los adiestramientos académicos y de formación preprofesional y prelaboral en el caso de tratarse de pacientes que los necesitasen.
- La capacidad de expresión verbal (y de otra índole) que es posible hacer acompañante de estas tareas.



.. Dos dispositivos para el adiestramiento de las nociones verbales de la espacialidad. Los ejercicios a realizar con ellos versarán sobre la distribución de objetos en cada uno de los recintos señalados. En la figura superior se distingue: arriba, abajo, derecha, izquierda y centro. En la inferior: cuadrante superior derecho, superior izquierdo, inferior derecho e inferior izquierdo.



Dispositivo para el adiestramiento de las nociones verbales de la espacialidad. En él se distinguen nueve lugares: esquina superior derecha, superior izquierda, inferior derecha, inferior izquierda, centro, punto medio del lado superior, del lado inferior, del lado derecho, del lado izquierdo. Igualmente se pueden localizar conjuntamente cada uno de los cuatro lados. Al haber caminos que unen entre sí los susodichos puntos de referencia es factible organizar itinerarios según instrucciones verbales o escritas. Esta figura, que es bastante compleja, iría precedida de otras más simplificadas en las que se suprimen algunos caminos y lugares.



Mediante un punteado queda dispuesto un campo para en él trazar distintos itinerarios, como el representado a modo de ejemplo, según instrucciones verbales a cada una de las cuales corresponde un trazo entre puntos contiguos. La flecha marca el punto inicial o de salida. El resultado final es una figura.

- 7 -

LA METODOLOGIA REHABILITATIVA DEL AFASICO.

Las afasias constituyen un problema terapeutico que es necesario enfocar desde un punto de vista estructural, ya que en ellas hay, como hemos visto, una serie de alteraciones que al estar interrelacionadas forman una unidad. Predominarán en cada caso más unas u otras, según el cuadro clínico y en general los factores condicionantes reunidos en otro lugar, pero el actuar sobre todas ellas facilitará el mejoramiento global de las capacidades comunicativas del sujeto.

El polimorfismo de las afasias dificulta el establecer apriorísticamente normas programadoras estrictas de su reeducación. Pero es absolutamente imprescindible que en cada afásico se programe individualmente el horario de trabajo en cada una de las actividades requeridas, el estadio de complejidad a partir del cual deben proseguirse y el orden sucesivo con que se abordarán en cada sesión. Ello únicamente es factible si se procede a realizar controles periódicos del sujeto y si se dispone de un material básico de ejercicios reeducadores, ordenado según criterios de progresiva complejidad, que facilite la programación personal de cada paciente y haga más fácil la tarea del terapeuta.

La acción reeducadora programada busca lo siguiente:

- Que el paciente establezca el mayor grado de comunicación, verbal o no verbal, con el entorno de tal manera que se reintegre a él, o se readapte en la medida de lo posible, tanto en sus dimensiones biofísicas como sociales.
- Integrar y aprovechar los restos lingüísticos y extralingüísticos que aún posea, indemnes o deteriorados, con el fin de sacarles el mayor partido posible.
- Proceder a la reconstrucción comunicativa partiendo de lo conservado, para apoyándose en ello alcanzar sucesivas cotas de complejidad. Se echará mano de las posibilidades brindadas por una estimulación polisensorial en la que se incluyen todos los

estímulos de cualquier índole que de forma preponderante o secundaria hagan referencia a la idea o al objeto que queremos que el paciente exprese o comprenda.

- Llevar a cabo la metodología de tal manera que bajo un aspecto u otro ocupe todas las horas que el paciente permanece despierto. Para ésto es obligada la mútua colaboración del personal técnico cualificado del equipo de rehabilitación con las demás personas que durante el día entren en contacto con el afásico.

Así, es conveniente sistematizar el tipo de actividades y de personal que intervienen en la rehabilitación. Se distingue:

A) La reeducación específica o mediante sesiones de trabajo directa y primordialmente encaminadas a la reconstrucción comunicativa. La lleva a cabo:

- El paciente con el terapeuta en sesiones individuales, representativas y colectivas.
- El paciente con sus familiares o allegados, aprovechandose aquí lo real de los contextos en que se realizan y la posibilidad de efectuar tareas previamente concertadas y supervisadas por el terapeuta.
- El paciente de forma personal.

B) La reeducación inespecífica en la que buscamos ayudas y aprendizajes complementarios brindados especialmente por la vida cotidiana. Se enfova hacia la adaptación y aceptación social del sujeto.

Estas dos modalidades reeducativas son siempre complementarias en distinta proporción a lo largo del tiempo. Al principio se volcarán los esfuerzos hacia la específica aprovechandose las posibilidades de reestablecimiento espontáneo. A medida que pasa el tiempo toma incremento la inespecífica para al final ser la principal. En esta última etapa se pretenden estabilizar los adelantos logrados en las anteriores y evitar un deterioro comunicativo.

tivo ulterior por falta, o por inadecuadas, relaciones sociales y con el entorno. Estos objetivos, pese a su aparente simplicidad, no son fáciles de lograr sobre todo en ancianos, individuos con mal estado general, asociación de otros síndromes invalidantes o con una escasa o débil red familiar que les establezca comunicativamente.

También merece comentario el material reeducativo empleado, tanto de carácter fungible como perdurable, y aplicable por consiguiente a un grupo de sujetos. Particular atención merecen ciertos dispositivos y máquinas de aprendizaje. La duración de los tratamientos y las ayudas comunitarias de índole varia merecen igualmente atención, así como los plazos y duración de las etapas de cada actividad. A continuación se pasa a examinar con más detalle los distintos puntos hasta aquí esbozados.



La cuidadosa programación de las tareas prescritas es un factor imprescindible para la obtención de unos resultados satisfactorios. Determinadas tareas las puede comenzar el paciente cuando aún se encuentre encamado. Siempre se tendrán en cuenta los imperativos del estado general y de la naturaleza de los tratamientos médicos o quirúrgicos que por la naturaleza del proceso causal se necesiten. Pero el principio del máximo aprovechamiento del tiempo estará siempre presente.

A) LA REEDUCACION ESPECIFICA:

Tiene lugar durante el periodo de tiempo que el paciente permanece hospitalizado, en un hospital general o en un centro de rehabilitación, y también en régimen ambulatorio, durante algún tiempo con posterioridad. Esta última modalidad es la más favorable, ya que así es posible crearle un ambiente más natural y más próximo a sus vivencias y motivaciones cotidianas. Sin embargo raramente se llega a esta situación desde un principio porque en general la lesión cerebral requiere cuidados hospitalarios. El régimen ambulatorio logoterápico tiene varias modalidades:

- Hospital de día, en donde el paciente permanece en el centro asistencial durante toda la mañana y la primera parte de la tarde, diariamente o ciertos días a la semana. Es una forma muy interesante de asistencia geriátrica.
- Tratamiento diario, durante un corto tiempo por la mañana o por la tarde, se descansa el fin de semana es decir el sábado y el domingo.
- Tratamientos más espaciados, días alternos o dos por semana. El espaciamiento de las visitas se hace cada vez mayor para pasar finalmente a revisión cada cierto número de semanas o meses. Estos exámenes periodicos permiten controlar el estado general del paciente y detectar algunos posibles conflictos adaptativos en cuanto a su comunicabilidad y sociabilidad que exijan la actuación de algunos de los componentes del equipo de rehabilitación.

El paso a través de cada uno de estos estadios se recomienda que sea pausado y paulatino, contando siempre con la colaboración y posibilidades que ofrezca el interesado, su familia y allegados. El centro hospitalario brinda un gran número de

ventajas, por otra parte, como es el control médico permanente, los recursos técnicos de utillaje e instrumental y la colaboración inmediata de todo el gran conjunto de personal médico, paramédico y auxiliar existente en estos establecimientos, y la posibilidad de tratamiento de otras minusvalías extralingüísticas. Por consiguiente todos estos pros y contras deben ser valorados y barajados para cambiar la modalidad asistencial en el momento más idónea.

La reeducación específica es la realmente básica y a ella se subordinarán las demás modalidades. En ella hay que considerar los siguientes puntos:

- 1.- Las sesiones terapéuticas.
- 2.- El papel del terapeuta.
- 3.- El material reeducativo.

1.- Las sesiones terapeuticas.

Se recomiendan que no sean de larga duración aun cuando, si ello es factible, tengan lugar más de una vez al día con el fin de proporcionar mayor variedad de actividades al paciente al tiempo que se evita su fatiga y desatención. Se intercalan, pues, con otros ejercicios directamente relacionados o no con la reeducación del lenguaje. Ese sería el caso, por ejemplo, del afásico que recibe simultáneamente cada día tratamientos logoterápicos, fisioterápicos y de terapia ocupacional. Se comprende la necesidad de sistematizar perfectamente el trabajo en el recinto del centro de rehabilitación, con el fin de que paciente pase de unas áreas a otras sin perder tiempo y sin que se altere el ritmo general de trabajo.

Las sesiones terapeuticas se diferencian en tres variedades que seguidamente se pormenorizan:

- Sesiones individuales.
- " representativas.
- " colectivas.

El terapeuta las articulará entre sí del modo más eficaz, al tiempo que cuida minuciosamente la dinámica interna de cada una de ellas con el fin de obtener los resultados más favorables y económicos, pues en ningún momento existirá un desfase entre lo que se exige al paciente y lo que éste es capaz de llevar adelante.

En las sesiones individuales paciente y terapeuta trabajan juntos en un ambiente tranquilo, aislado de ruidos o estímulos interferidores, en una habitación de pequeño tamaño, agradable, bien iluminada y aireada en la que los objetos o el material de trabajo se suministra por separado y evitando al máximo las posibles confusiones que se deriven de su mezcolanza.

Las sesiones representativas tienen lugar en un ambiente más

próximo a la realidad cotidiana. Consisten en la representación verbal o gestual de estados de ánimo, reacción ante situaciones variadas, reconstrucción de diversas escenas, rememoración teatralizada de diferentes acontecimientos, expresión de opiniones y deseos en sus contextos más apropiados, descripción de escenas o actividades variadas ante las que se enfrenta al sujeto. Para ello se tendrá un profundo conocimiento de sus datos biográficos, aficiones y aptitudes. Todas estas actividades se trasladan cuanto antes a la realidad, con el fin de evitar desfases entre lo que el afásico es capaz de hacer tutelado por el terapeuta y de forma autónoma. Por consiguiente, algunas de estas sesiones se efectuarán en la propia calle, a lo largo de desplazamientos urbanos e incluso en establecimientos y otros lugares públicos. Se buscará la colaboración, en su caso, de terceras personas y siempre se buscará el máximo aprovechamiento al material reeducativo en el que se incluye el procedente del propio paciente.

Las sesiones colectivas se llevan a cabo juntando a un pequeño grupo de afásicos. Se pretende aprovechar factores tales como la sociabilidad, competitividad y la motivación mutua. Es una modalidad terapéutica secundaria que exige un cierto grado de homogeneidad en los participantes y un entrenamiento previo para evitar que broten actitudes negativistas, de frustración y pesimismo. Se efectúan durante unos minutos cierto número de días a la semana. En ellas se comentarán algunos temas de interés para todos los asistentes. También es bueno el cantar o incluso montar algún modo de concurso sencillo, bien adaptado a las posibilidades de cada uno, por ejemplo la denominación temática o de objetos, las asociaciones, etc. Los criterios de selección se harán en cuanto a la gravedad del síndrome pero también en relación con las circunstancias personales del grupo tales como edad, sexo, niveles sociales y culturales,

etc. Ello no significa en absoluto que todos los componentes del grupo estén cortados por el mismo patrón, sino que el terapeuta procurará elegirles para que resulte un conjunto armónico favorable a la comunicabilidad.

Las sesiones colectivas tienen algunas dificultades, ya que cada afásico requiere ayudas propias para manifestarse. El terapeuta se esforzará siempre en brindar temas generales de trabajo en los que participen todos en la medida más favorable. El factor sociabilidad es importante, aun cuando se ha llamado la atención sobre el hecho de que las relaciones sociales del afásico no deben circunscribirse a otros afásicos sino extenderse a cualquier persona.

Otra modalidad de sesión colectiva es aquella en la que participan activamente familiares, allegados o incluso otros pacientes sin problemas del lenguaje que asistan al centro de rehabilitación. Si bien es cierto que la familia no debe asistir como espectadora a las sesiones terapéuticas, pueden ser partícipes directos de algunas de ellas en determinados momentos bajo la dirección del terapeuta. El motivo está en coordinar las relaciones comunicativas que se establecen entre ellos y les alecciona en su comportamiento ante operaciones que se hacen en el propio hogar (tales las de comer, vestirse, lavarse, etc.). Estas situaciones se aprovechan para suministrar nuevas palabras y estimular la comunicabilidad.

Durante las sesiones terapéuticas se respetarán siempre unos principios generales enunciados por SCHUELL, son los siguientes:

- Se actuará sobre el afásico para que haga uso de sus capacidades comunicativas a través de la estimulación sensorial y dentro de ella, aunque no de forma exclusiva, de la auditiva.
- Los estímulos aplicados serán siempre los adecuados cuantitativa y cualitativamente, actuarán individualmente o asociados los de índole distinta. Los estímulos preferibles son los que

llevan aparejado una significación o los que facilitan lazos asociativos con palabras, ideas o acciones, La adecuación del estímulo incluye su simplicidad relativa respecto a las posibilidades del paciente. En lo referente a las palabras escuchadas es interesante indicar la necesidad de hallar el grado de intensidad acústica óptimo para cada paciente, la velocidad de dicción (que suele ser menor de la habitual aunque conservandose la inflexión entonativa) y la frecuencia de empleo cotidiano de la palabra junto a su simplicidad morfológica.

- Los estímulos sensoriales repetidos actúan de modo más firme y eficaz.
- Los estímulos deben provocar una respuesta. Es la prueba más fehaciente de su adecuación. La propia respuesta tiene un valor reeducativo por sí misma.
- Las respuestas deben provocarse y nunca forzarse, para ello ya se ha indicado la necesidad de usar de estímulos adecuados.
- Siempre se buscará la estimulación pero nunca el terapeuta la sustituirá por la corrección. Los errores y respuestas malas desaparecen a medida que el sujeto mejora su lenguaje. Por eso desde lo que tiene conservado se avanzará hacia lo más complicado.

La aplicación de estos principios generales a cada paciente concreto del modo más coherente y eficaz constituye un problema a resolver por el terapeuta mediante el conocimiento mejor de su paciente y con la ayuda de todos los recursos técnicos que le proporcione la logoterapia.



Durante las sesiones colectivas se tendrán en cuenta normas tales como la de implicar a un número reducido de pacientes de semejantes características, el evitar las competiciones, el lograr que los participantes se encuentren a gusto, así como que no sean muy largas. El terapeuta deberá estar atento a su desarrollo y siempre tendrán un carácter secundario respecto a las demás modalidades de tratamiento.

2.- El papel del terapeuta.

Desde el primer momento el terapeuta se esforzará en establecer una buena corriente comunicativa con el afásico para estimular, con todos sus recursos, la comunicabilidad verbal y extraverbal. Deberá ganarse su confianza y llegar a conocerle del modo más profundo posible.

El terapeuta poseerá unas condiciones innatas para establecer relaciones de intercomunicación y, al mismo tiempo, tendrá una buena formación profesional en cuanto a conocimientos teóricos y prácticos. SCHUELL ha formulado unas reglas prácticas interesantes que a continuación se transcriben:

- Hay que hablar de manera simple y directa al paciente evitando el dirigirse a terceras personas y, en general, todos los ruidos que no vengan a cuento.
- Saber controlar los recursos estimuladores para alcanzar la máxima respuesta con la máxima economía de medios.
- Emplear correcta y oportunamente el material reeducativo con objeto de no desperdiciarle y aprovecharle del mejor modo posible.
- Aplicar correctamente los estímulos repetidos para, sin ocasionar fatiga o desmotivación, lograr las mayores fijaciones de los aprendizajes.
- Procurar conseguir durante las sesiones terapéuticas el mayor número de respuestas positivas posible. Evitar la pérdida de tiempo, los espacios en blanco. Mantener las pautas de la programación de cada sesión y de todo el curso general del tratamiento.
- Reiterar las estimulaciones sustituyendo con ellas las correcciones o explicaciones verbales.
- Mantener en todo momento un aceptable nivel de control de cali-

dad de lo que se lleva a cabo. Efectuar periódicamente auto-críticas y reconsideraciones de lo llevado a cabo hasta aquel momento.

El terapeuta, en su afán por estimular y canalizar los inttos expresivos del afásico, velará porque éste desarrolle un auténtico interés por establecer contactos con los demás y con el entorno desde unas coordenadas realistas, es decir aceptando sus insuficiencias y sus posibilidades lo que significa una lucha contra el desánimo, pero también contra la tendencia a la irrealidad sobre todo en aquellos sujetos con mala conciencia de sus manifestaciones verbales. Le despertará el deseo de una mayor independencia y autonomía y le facilitará el seguir las etapas reeducadoras con un buen rendimiento y regularidad. Algunos terapeutas llegan a establecer intercambios comunicativos muy complejos pero no hay que olvidar que el verdadero objetivo se cifra en que éstos se hagan extensivos al resto de las personas.

Procurará crear unas buenas bases de convivencia entre el paciente y su familia, interviniendo para anular las sobreprotecciones o las esperanzas infundadas. Para ello, y en general para trabajar eficientemente, hará frecuentes cambios de impresiones con el resto de los componentes del equipo de rehabilitación que de un modo u otro asisten al afásico. Cuando se crea oportuno escogerá a algún miembro de la familia del paciente, si ello es posible, con objeto de asesorarle para que se encargue de dirigir determinados ejercicios. De esta manera un familiar, que no será necesariamente el más allegado sino el más idóneo, pasa en ciertos momentos a desempeñar las funciones del terapeuta aunque, naturalmente, estrechamente controlado y aleccionado por éste. También puede encargar al propio afásico algunas tareas para corregirlas más adelante por él o por el fami-

liar, o conjuntamente en un primer momento.

La introducción en la reeducación del propio paciente y de algún miembro de su círculo de convivencia facilita la consecución de objetivos tales como:

- Aumentar la eficacia de las pautas terapéuticas prescritas, al actuar sobre las motivaciones de los implicados que, así, colaboran más estrechamente y con mayor entusiasmo con el personal técnico al considerarse protagonistas en la rehabilitación. Es una manera de potenciar las iniciativas.
- Aumentar los periodos de tiempo hábiles empleados diariamente en los tratamientos, al ampliar el radio de acción de éstos a momentos en los que el paciente se encuentra solo o ausente del centro de rehabilitación.
- Tratar de acortar la duración del periodo reeducativo.
- Economizar tiempo y personal cualificado.
- Mejor aprovechamiento de los momentos más favorables del día para aplicar determinadas actividades.
- Complementar el trabajo del personal cualificado.

El terapeuta, por tanto, determinará y organizará:

- a) Las tareas dirigidas directamente por él en el curso de las modalidades de sesiones terapéuticas que crea oportunas y ajustadas a una dinámica interna más favorable al afásico.
- b) Las que llevará a cabo el propio paciente directamente o con ciertas ayudas, muy bien especificadas, de algún allegado.
- c) Las dirigidas por una tercera persona que es previamente seleccionada y aleccionada.

La índole e importancia de cada uno de estos tres grupos variará de unos momentos a otros según el curso evolutivo del síndrome, que es quien hace dictar los cambios pertinentes. En cualquier caso se evitarán las ambigüedades, confusionismos o la mala delimitación de cada uno de estos campos. La utiliza-

ción de un material de trabajo estandarizado facilita mucho las cosas. De todos modos es preferible que los ejercicios encomendados directamente al afásico o al familiar se caractericen por ser:

- Poco numerosos.
- Suficientemente sencillos y elementales para que queden al alcance de sus posibilidades de comprensión y ejecución. Así no se cometerán errores indeseables o contraproducentes.
- Perfectamente enseñados y con demostraciones periódicas ante el personal técnico con el fin de garantizar su perfecta ejecución.
- Con indicaciones precisas sobre los momentos en que se apliquen y la duración aproximada de las sesiones.
- Revisables y puestos al día todas las veces que sea necesario. Se darán por escrito y con aclaraciones gráficas.

El terapeuta mantendrá frecuentes conversaciones con la familia y no deberá olvidar la frecuencia con que se presentan en ella conflictos y tensiones, desencadenados o agravados por la invalidez.

3.- El material terapeutico reeducador.

Constituye un capítulo importante, a pesar de que no es imprescindible que sea particularmente costoso o complejo. Su eficacia está sobre todo condicionada a su buena utilización. Realmente cualquier elemento con que el afásico entre en contacto es encuadrable aquí. Sin embargo, con una óptica didáctica o sistematizadora distinguimos:

- a) El cuaderno de tareas.
- b) Las representaciones gráficas del entorno y sus constituyentes.
- c) Los objetos de uso diario y, en su caso, sus maquetas representativas.
- d) Las máquinas de enseñanza programada y aparatos semejantes.
- e) Las listas de palabras, fonemas, frases, etc.
- f) Los materiales específicos para la reeducación de los grafismos, de la escritura y de la manipulación en general.
- g) Otros elementos.

Como se ve su contenido es muy amplio y dispar, lo que exige obviamente por parte del terapeuta:

- Un conocimiento detallado de todas aquellas cosas y elementos que pueda emplear. Conviene hacer la salvedad de que parte de este material está industrializado en el mercado, y su adquisición es relativamente fácil, pero que otra buena parte debe rá crearle el propio terapeuta muchas veces de modo individual para un paciente en concreto, según determinadas peculiaridades biográficas o invalidantes que concurran en él. Por tanto, al hablar del material terapeutico no nos referimos a algo rígido y por completo normalizado, sino a las posibilidades de hacernos con él del modo que se considere más idóneo y práctico.

- Una rigurosa programación en cuanto al modo de emplearle y al momento de hacer uso de él. Un material muy costoso y sofisticado, del tipo de las máquinas de enseñanza programada, resulta a veces un completo fracaso por una errónea o inadecuada utilización. El material logoterápico es una ayuda valiosa para el terapeuta siempre y cuando la sepa aplicar bien, de lo contrario su valor es nulo.

A continuación se pasa a comentar brevemente cada una de las modalidades de utillaje a que se ha hecho mención:

a) El cuaderno de tareas.- Es una libreta convencional, preferiblemente de hojas intercambiables. En ella se realizarán diversos ejercicios gráficos encaminados a perfeccionar las capacidades manipulativas y lingüísticas. Los hará libremente y dirigido. Conviene que el afásico se encariñe y responsabilice con su cuaderno.

El terapeuta será el encargado de organizar el trabajo y combinará las tareas de ejecución estricta con aquellas que permiten un buen margen de libertad y espontaneidad. Naturalmente las actividades variarán mucho según la profundidad del síndrome afásico, desde los simples trazos más elementales a las redacciones libres sobre temas varios. Pero al irse almacenando los sucesivos trabajos realizados se llega a obtener un panorama evolutivo del paciente a lo largo de todo el tiempo que ha seguido el tratamiento rehabilitador.

Las hojas serán de papel cuadriculado, de cuadrícula grande, muy a propósito para la escritura y grafismos manipulativos y espaciales, y liso, que se presta mejor a la realización de dibujos y a la escritura en estadios avanzados.

Cabe diferenciar dos variedades de ejercicios:

- Los suministrados directamente por el terapeuta a partir de los que se recogen en los textos o que él mismo improvisa.

- Los de realización libre, como mensajes escritos, copias y dibujos, improvisados o reproducidos.

Los dibujos, acompañados del letrero denominador y por separado, constituyen una interesante actividad en la que se asocia la manipulación, la creatividad y la captación más íntima del entorno. Es un medio de expresividad plástica. Muchos pacientes los utilizan como si se tratase de un diccionario o un recordatorio del vocabulario y repasan con ellos las palabras objeto de aprendizaje, incluso se sirven de ellos para suplir las palabras para las que fracasan elocutivamente. Estos mismos dibujos permiten asimismo comentarios sobre su significación y el empleo de conjuntos de denominaciones sobre los elementos representados. Conservar lo hecho los días anteriores permite luego los repasos.

b) Las representaciones gráficas.- Se refiere a objetos, escenas, actos correspondientes a un verbo (de acción por lo regular), figuras y colores. Es un material básico que conviene tener bien sistematizado. Se incluyen aquí ante todo las láminas individuales con el nombre escrito en el reverso, su tamaño será habitualmente reducido, pero se contará con otras mucho mayores, representando objetos muy comunes, para iniciar los ejercicios. Es conveniente disponer de varias representaciones distintas, de varias variantes, de cada elemento con el fin de facilitar los procesos de generalización de los aprendizajes. Todo este material se clasificará, para archivarle, según criterios tales como:

- Frecuencia de empleo cotidiano del objeto.
- Facilidad articulatoria de los nombres. Se incluye el número de sílabas y consonantes de ellas como criterio de complejidad.
- Temática.

Una segunda variedad de láminas son las que recogen más de un objeto simultáneamente. La dificultad creciente está radicada en el número de elementos asociados, su disposición y la temática. Las escenas de la vida cotidiana, los quehaceres humanos y la representación corporal, en varias posturas e individuos, se incluyen también aquí. Lo mismo respecto a letreros, que son asociables a las láminas en que viene la representación gráfica de su contenido.

Junto a las representaciones en forma de láminas y cartones merecen citarse las diapositivas e incluso películas de corta duración, significación evidente y concreta y fácil manejo.

El propio paciente y el terapeuta procederán sobre la marcha a dibujar en encerados, paneles, cartulinas, etc.

Hay otro tipo de láminas en las que hay que realizar algún acto bien relacionado con el descubrimiento de algún elemento que se aprecia que falta, como a completarle o situarle correctamente en el sitio que el conjunto de la escena exige. Al comentar la reeducación de las perseveraciones se citaron unas láminas en las que aparecen unos pocos objetos repetidos en alineación para proceder a su denominación sucesiva.

c) Los objetos de uso diario.- Se prestan muy bien a servir de material de trabajo ya que forman parte directa de la realidad. Muchos de ellos, los de tamaño pequeño, son fácilmente manejables y se conservan sin ninguna dificultad. Otros requieren su reproducción fiable bien a tamaño natural, como los alimentos, o a escala reducida (vehículos, edificios, animales, mobiliario, etc.). Naturalmente es preferible, siempre que se pueda, recurrir a los originales ya que con ellos se obtiene una información sensorial más completa y fidedigna al tiempo que la posibilidad de hacer uso real de ellos, lo

que potencia los aprendizajes. Una solución intermedia es utilizar las reproducciones y de vez en cuando los objetos reales, las sesiones representativas son las que mejor se prestan a ello.

Por análogas razones a las citadas respecto a las láminas se recomienda la utilización de variedades de un mismo objeto que, asimismo, se puede asociar a láminas y letreros. El terapeuta y el afásico confeccionarán diversos prototipos en plastilina, barro, etc. ya que así nos aprovechamos del factor reeducativo manual. El empleo de módulos de construcción permite el montaje de construcciones variadas.

Unos muñecos de distinto tamaño sirven para la readquisición de los nombres de las partes y actitudes corporales, de la noción del esquema corporal. Serán articulados para manipularles. Hay un gran número de juguetes infantiles, todos los que suponen una representación concreta de algo, de los que nos serviremos.

Desde los primeros intentos reeducadores de la historia de la afasia se llamó la atención sobre el valor rememorativo que tenían los objetos pertenecientes al propio sujeto, o los que hacían directa referencia a sus aficiones y conocimientos anteriores. El terapeuta gestionará cerca de los familiares del paciente el modo de emplearles de la mejor manera posible.

Como se ve el material con que se puede contar es muy extenso. Habrá que ordenarle según criterios lógicos. No se darán de golpe, ya que así solo se logra confusión, se suministran paulatina y programadamente, con frecuentes repasos. Se guardarán cuidadosamente, sin mezclarles indiferenciadamente.

d) Las máquinas de enseñanza programada.- Son una moderna apor-

tación de la logoterapia afásica. Se fundamentan en la opción a escoger una respuesta entre varias al tiempo que la propia máquina indica si ésta ha sido o no correcta, con lo que en el segundo supuesto el sujeto debe repetir el intento. Se emplean complementariamente al plan reeducador clásico. Sus aplicaciones más favorables y brillantes radican en el adiestramiento de la comprensión gráfica de figuras abstractas y concretas y también de escritos. Se procede, por ejemplo, a realizar acoplamientos y agrupaciones de objetos semejantes o relacionados entre sí. También se prestan a indicar cual es, de entre varios, el objeto que nombra una voz grabada en cinta que se incluye en la propia máquina. En teoría se sistematizan las siguientes modalidades adiestradoras:

- Reconocer un elemento que se da como muestra de entre varios de ellos.
- Clasificación de los elementos suministrados en un conjunto según criterios varios que se especifican previamente (naturaleza, propiedades comunes, tamaño, número, utilización, color, etc.) cada serie gráfica sirve, como se ve, para varias acciones distintas según el enunciado de la orden.
- Apareamiento de conjuntos con sus números correspondientes, en letra y en cifra arábica o romana. Respuesta correcta, de entre varias, a problemas matemáticos elementales (sumas, restas) numéricos y figurales.
- Acoplamiento de la palabra denominadora, que se emite por un altavoz, al objeto representado figurativamente o por escrito. Los nombres se dan de uno en uno o en series de manera que a medida que se oye uno se señala la imagen correspondiente.
- Ordenación de las palabras desordenadas de una frase escri-

ta, de las viñetas de una pequeña historieta.

La gran ventaja de estos dispositivos consiste en que no es necesaria la presencia continua del terapeuta mientras se trabaja con ellos. Los ejercicios se ordenan según grados crecientes de dificultad y se van suministrando así.

Existen diferentes modelos descritos e industrializados. STAHL, EDWARDS, ELACK, DOEHRING y otros han propuesto sus prototipos. Las mayores dificultades y limitaciones están en lograr modelos capaces de estimular y corregir sobre todo las respuestas verbales del paciente. También en la imposibilidad de sustituir enteramente el factor humano, pieza clave del empleo del lenguaje.

Una vez conocido el fundamento técnico de cada máquina la preparación de los programas alimentadores no ofrece mayor dificultad, el terapeuta los elegirá del modo más conveniente e incluso creará algunos específicos.

e) Listas de palabras, frases, fonemas y ruidos.- Constituyen una ayuda apreciable, pues evitan el tener que improvisar sobre la marcha. Ya se ha hecho referencia a ellas al tratar de la corrección de los trastornos afásicos específicos. Son incluibles aquí otras de carácter extraverbal (de ejercicios oro-faciales, gestuales, etc.) también comentadas.

El terapeuta las adaptará a las necesidades de sus pacientes. Hay que tener en cuenta que algunas de las confeccionadas por ciertos autores, franceses y anglosajones en su mayoría, no son exactamente trasladables al castellano por las grandes diferencias fonéticas existentes entre unos y otros idiomas. Hay también diferencias culturales a tener en cuenta en las adaptaciones y aplicaciones concretas.

- Las listas de uso más corriente son:

- Palabras que contienen un determinado fonema, en distintos contextos fónicos, para disturbios articulatorios y para-

fasias literales y silábicas.

- Palabras de distinta complejidad articulatoria, significativa y progresiva longitud para su repetición (en afasias de conducción), comentario y definición. Lo mismo en frases.
- Listas de palabras apófonas y paronomasias.
- Palabras para crear a partir de ellas frases.
- Listas de sinónimos y antónimos.
- Enunciados generales para decir agrupaciones de palabras según diversos temas.
- Frases desordenadas para estructurarlas correctamente.
- Frases para aparear con otras, con ciertas representaciones gráficas o con ciertas actitudes o gestos corporales. También para ordenar ciertas acciones.

Estas listas las utilizará el paciente bien directamente, o sea leyendolas, o bien a través del terapeuta que se las dice. Cada una, según el modo de empleo, servirá para reeducar diferentes alteraciones afásicas. En determinados casos será recomendable tener varios ejemplares, con diferentes caracteres de imprenta e incluso a mano, y distinta ordenación.

Para las alexias van a estar particularmente indicadas, y a ellas se podrían sumar otras de letras, sílabas y números mezcladas con el fin de localizar aquellos que se quiera. Lo mismo cabe decir de aquellas en las que hay signos inventados que hay que reconocer. Estas últimas modalidades nos llevan a la consideración de aquellas láminas de discriminación de formas, tamaños y situaciones que se relacionan con los ejercicios reeducadores de la espacialidad y reconocimientos visuales.

También son encuadrables en este apartado las listas de ruidos y sonidos para reconocer o reproducir.

F) La manipulación.- El material reeducador de la manipulación debe ser abundante, variado y rico. No insistiremos aquí en el de carácter general, en el que se incluyen los elementos procedentes de la vida cotidiana y los instrumentales varios para los disturbios gnoso-práxicos. Nos referimos de modo más explícito al que aparece más ligado a la escritura. A este respecto cabe citar:

- Los modelos de grafismos precaligráficos, a base de trazos rectos y curvos.
- Modelos de rellenamientos y calcos.
- Modelos de picado, ensartado y doblado.
- Reproducción de secuencias de formas varias, asociados a colores.
- Itinerarios , laberintos, unión de puntos separados según criterios varios sobre papel.
- Repaso de siluetas, recortado manual y con tijeras. Recolocación de las piezas así obtenidas.
- Manejo de letras móviles, sobre piezas de papel, tacos de madera.
- Ejercicios de dactilografía.
- Modelos varios de dibujos.

Realmente la gama de posibles ejercicios incluibles en este apartado es muy extensa. De todos ellos los que se llevan a cabo con papeles y útiles de escritura (lápices, rotuladores, bolígrafos) son los que más nos interesan por sus derivaciones hacia los disturbios agráficos y de apraxias constructivas, tan frecuentes en afásicos. Intimamente asociados a ellos son los que se hacen manualmente sobre encerados o superficies.

Las actividades recomendadas para la reeducación de las nociones espaciales, las que implican una manipulación, se engloban también en este apartado.

g) Otros utillajes.- Se pueden citar en gran número, aunque su papel sea más secundario. Tenemos los espejos grandes ante los que se sitúan paciente y terapeuta para que el primero tenga ocasión de dominar mejor sus órganos de la fonación. Los aparatos grabadores-reproductores de uso sencillo facilitan una mejor concienciación verbal. La autoaudición con auriculares evita interferencias acústicas y focaliza mejor la atención. TOMATIS llega a recomendar el empleo de filtros para determinadas frecuencias sonoras. Otros preconizan diferentes modelos de guialenguas para facilitar la articulación de los fonemas ante los que hay dificultades, con frecuencia se sustituyen por simples depresores de lengua.

Por lo próxima que está a la esfera verbal, merece una especial atención la respiración. Caben citarse elementales dispositivos para facilitar el soplar, son globos, molinillos, pajas para sorber o burbujear líquidos, juguetes para hacer pompas de jabón e incluso pequeños papelillos para que vuelen mediante pequeños soplos. Otro juguete útil son las cerbatanas. En ciertos casos se recomiendan chupachups para movilizar la lengua, e incluso caramelos y chicle. Los pitos, trompetas, flautas permiten introducir factores secuenciales y musicales dentro de los respiratorios.

Algunos pacientes con anteriores conocimientos musicales se beneficiarán de partituras e instrumentos varios. Las grabaciones de canciones tienen un indudable valor rememorativo. Para la utilización de ciertos ruidos, de carácter interpretativo de su significación sobre todo, se contará con los medios adecuados.

B) LA REEDUCACION INESPECIFICA:

Aun cuando sería de desear que las sesiones reeducadoras específicas fuesen lo más prolongadas y abundantes posibles, es evidente que durante bastantes horas al día no podrá recibirlas. Se impone, por tanto, que el aprovechamiento del tiempo en ellas sea el mejor posible a partir de lo que denominamos reeducación inespecífica.

Esta modalidad ofrece multitud de aspectos que van desde el mero incremento de las posibilidades de desplazamiento, sobre todo en hemipléjicos y ancianos, hasta el mejoramiento de la integración social y el incremento de los contactos interpersonales. Cuando la reeducación inespecífica es rica y abierta sus recursos son muy amplios y potencian mucho el resto de las medidas rehabilitativas.

La estimulación inespecífica del lenguaje trataría de actuar de un modo en parte análogo a como los niños adquieren el habla en sus primeros años de vida. Pero en la realidad no existe una identidad entre ambas situaciones, ni a nivel estructural o funcional cerebral ni siquiera a nivel social. Algunos autores, como HURWITZ y ADAMS, consideran sin embargo que este cultivo espontáneo de la comunicación sería el verdaderamente importante y el que facilitaría más el reestablecimiento del afásico.

En cualquier caso la reeducación inespecífica deberá ser tenida en cuenta y el terapeuta arbitrará, en estrecho contacto con la familia y demás componentes del equipo de rehabilitación, la manera de hacerla efectiva lo mejor posible. Para ello se la considerará respecto a dos polos, que son:

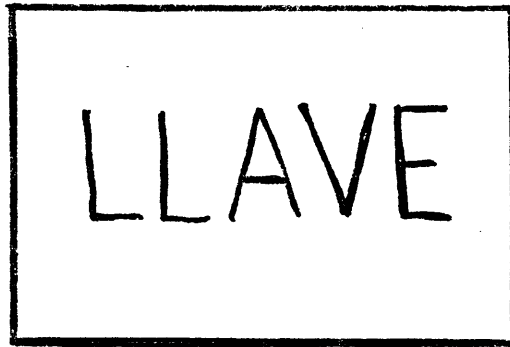
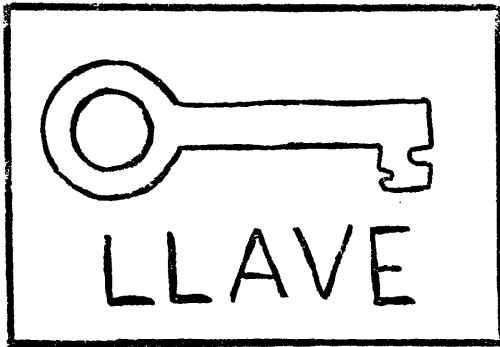
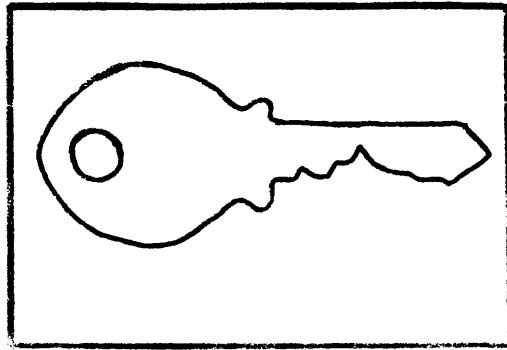
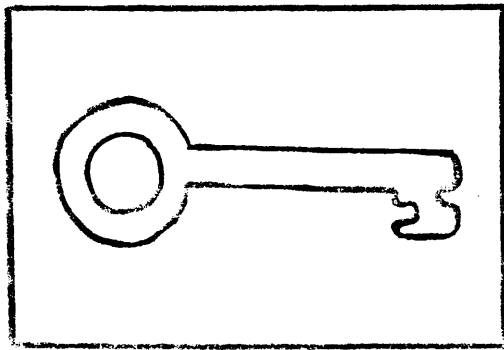
- La reeducación neuromuscular.
- La reintegración social.

La recuperación neuromuscular y el mejoramiento de las funciones mentales irá paralela, e íntimamente asociada, a la del lenguaje. Mejorar la marcha significa aumentar el radio de acción de la comunicabilidad, al igual que el estado general físico y psíquico. Perfeccionar la manipulación vimos era esencial. Todos los avances en estas parcelas se procurará que el paciente los capitalice en la verbalización.

La reintegración social es, si cabe, más importante. Comienza con la recepción de visitas durante la hospitalización y desde entonces progresará ininterrumpidamente, de acuerdo al nivel incapacitante de cada momento. Los caminos de la reintegración social, como arma reeducadora, son los siguientes:

- Reconstrucción de las relaciones con todos los miembros de la familia con los que hasta entonces se relacionaba.
- Reestructuración de las relaciones sociales de la vida urbana tales como compras, desplazamientos en vehículos colectivos, gestiones varias, etc.
- Reestructuración de los contactos con aquellas personas pertenecientes a su círculo de amistades, o con las que mantenía algún tipo de convivencia en razón de afinidades profesionales, laborales, culturales, religiosas o meramente recreativas.
- Asistencia a espectáculos variados, como cines, teatros, corridas de toros, festivales, etc.
- Aprovechamiento de los medios informativos, prensa, radio y televisión sobre todo. Aunque el paciente sufra una alexia acusada el hojear determinadas publicaciones, con abundantes ilustraciones, constituye una forma estimulativa sobre todo si alguien se las comenta o explica.
- Otras tomas de contacto con la realidad circundante, en las que los voluntarios colaborarían eficientemente.

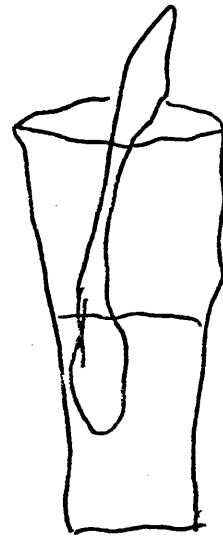
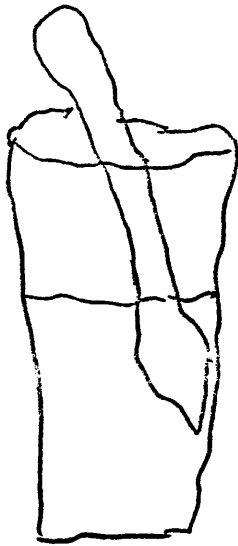
La reeducación inespecífica, pese a su aparente simplicidad debe ser cuidadosamente potenciada pues de lo contrario se corre el riesgo de que no sea efectiva si el paciente cae en un círculo vicioso de marginización, pérdida de la autonomía, libertad de acción y de la autorrealización. Los caracteres consumistas, competitivos y segregadores de la sociedad se encargan de aumentar estos peligros.



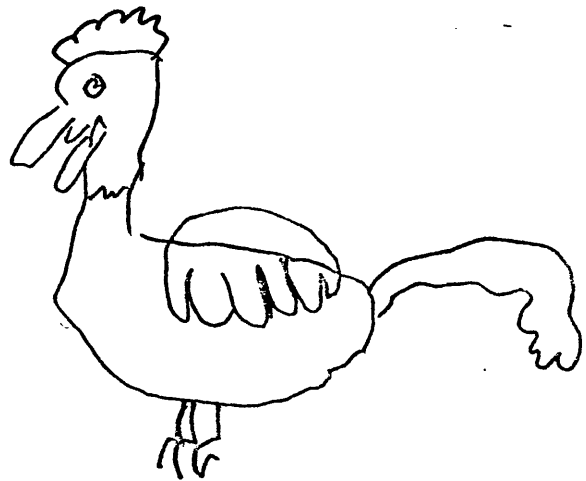
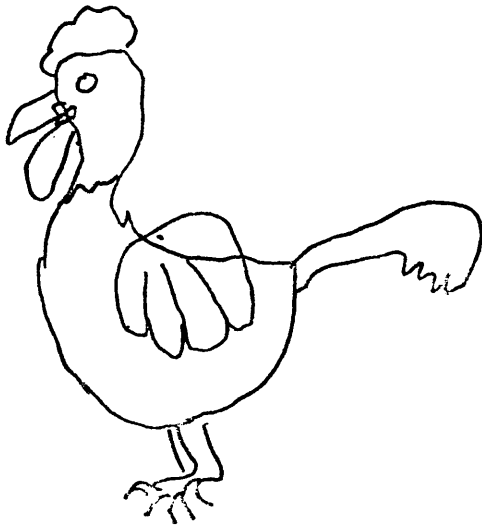
El afásico trabajará con varias laminas o fichas que hacen referencia a un mismo objeto. Utilizando varios modelos se facilita el proceso de generalización conceptual y designador. En algunos ejemplares se introduce otro factor como es el del lenguaje escrito.



Los dibujos practicados sobre un encerado permiten un adiestramiento manipulativo para movimientos más amplios que los que se hacen sobre papel. Las dimensiones de los objetos representados son mayores y se prestan mejor a los comentarios. También es aquí más fácil la corrección a base de borrar las partes mal hechas. El empleo de las pizarras y tizas es, pues, un interesante complemento de las tareas gráficas sobre papeles. En el caso de la fotografía el paciente tenía una hemiplejía derecha que le impedía el funcionalismo de la mano de ese lado por lo que, como se aprecia, se le recomendó trabajase con la izquierda.

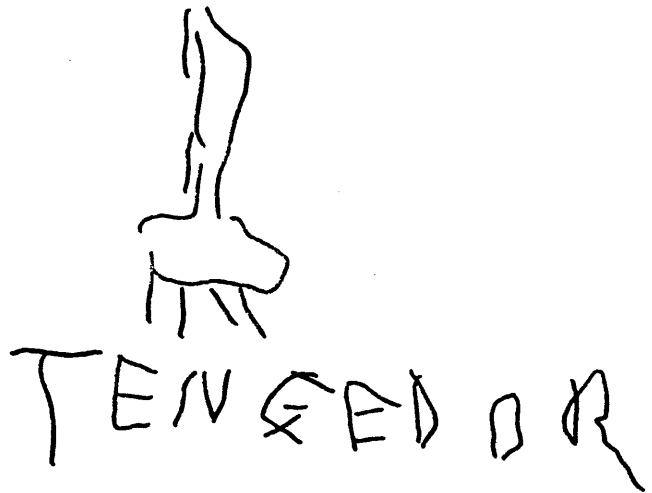


LIMONADA

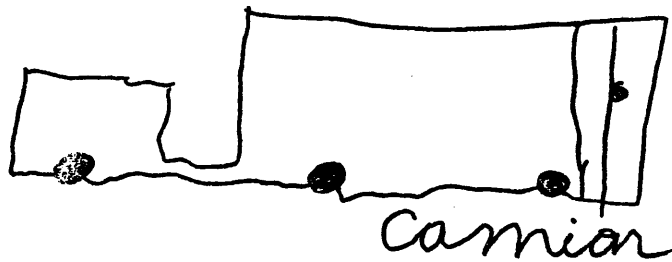
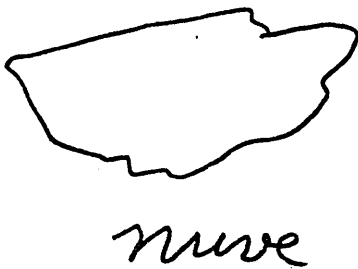
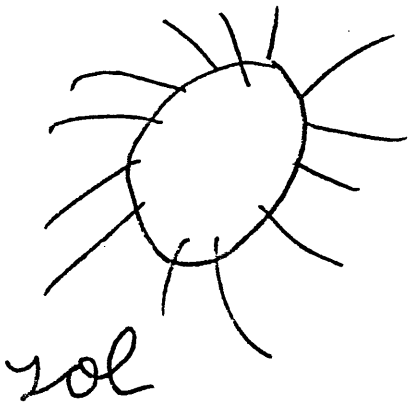


gallina

Se reproducen aquí ejemplos de las tareas realizadas por un afásico en su cuaderno. Los dibujos de la izquierda corresponden al anverso de una hoja y los de la derecha al reverso. El paciente hojeaba con frecuencia su libreta y trataba de decir los nombres de cada dibujo, cuando fracasaba pasaba la hoja y lo volvía a intentar esta vez con la ayuda sobreañadida del letrado acompañante. De este modo repasaba por su cuenta este tipo de actividades. Los dibujos los hacía bajo influencia y consejos del terapeuta y de sus propios familiares que colaboraban estrechamente en el proceso reeducativo. En el caso de "limonada" se trataba de una bebida del gusto del paciente.



Dos dibujos, acompañados de sus correspondientes letreros, realizados por un afásico con la mano izquierda. Se aprecia en este caso cómo la dificultad ejecutiva está en función de la complejidad del dibujo, tenedor respecto a plato que es más fácil de dibujar, y de la propia palabra denominadora, tenedor es más compleja literal y articulatoriamente que plato. En la primera se aprecia una perseveración en la "E", esta letra al estar en el centro de la palabra puede resultar más difuminada y el paciente al intentar escribirla ha quedado fijado allí como consecuencia de una dificultad de carácter más bien comprensivo. El fenómeno correspondería a la detención afásica en el concepto de PENFIELD y ROBERTS. Sin embargo en este caso el paciente remontó luego la dificultad y llegó a completar la palabra.

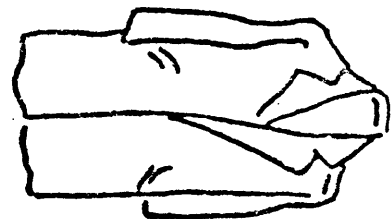
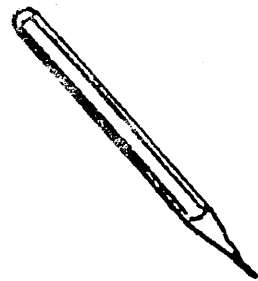
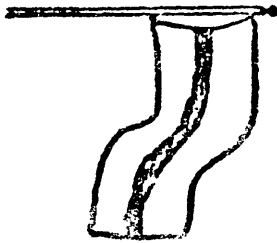
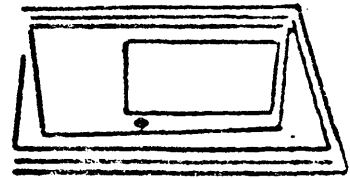
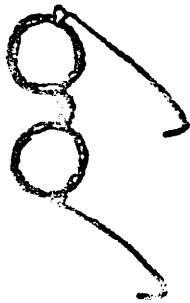
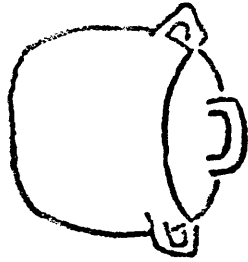
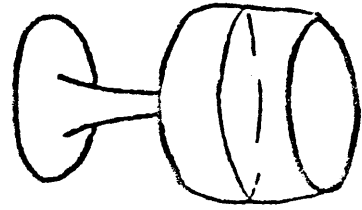
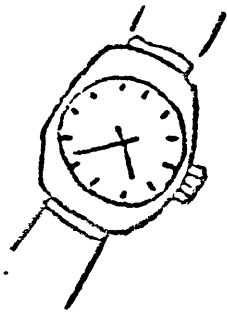


Dibujos y letreros realizados por un afásico de 22 años en el que tanto la lectura, escritura y lenguaje verbal como la manipulación con la mano izquierda progresaron rápidamente y a la par. Estas figuras no fueron copiadas sino inventadas libremente o todo lo más sugeridas en algún caso. En "NUVE" se aprecia una paragrafia de carácter disortográfico pero seguramente era debida a una insuficiencia cultural previa, sin embargo hay casos en los que el origen de uno u otro tipo resulta dudoso por lo que es necesario siempre investigar los antecedentes biográficos de cada sujeto antes de proceder a un juicio definitivo.



Ejemplos de dibujos, acompañados por sus correspondientes denominaciones escritas, realizados por un afásico. Se trata de objetos concretos y representables pertenecientes a la vida cotidiana y al propio cuerpo que se contrastan también con sus originales con objeto de proporcionar al sujeto una gama de posibilidades informativas y aprehensivas capaces de facilitar su verbalización espontánea y su escritura, aun cuando ésta última se empleaba en este paciente como elemento reforzador.

Las laminas que siguen a continuación son típicas de las empleadas en la reeducación de la afasia. Recortando los objetos representados se procede a apareamientos entre ellos y con sus letreros. También, separando entre sí únicamente los letreros, es posible superponer una sobre otra como un rompecabezas. Es interesante señalar que influye el número de objetos representados en cada lámina ya que cuando hay varios el reconocimiento y los apareamientos sobre ellas son más lentos y dificultosos. Así pues estas láminas permiten adiestrar la expresividad verbal, mediante la denominación, la comprensión, mediante los apareamientos y las indicaciones, la lectura, en el caso de los letreros, y la escritura.



COPA

PUERTA

CABALLO

LÁPIZ

GAFAS

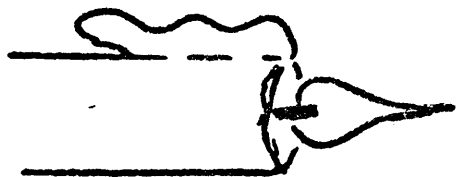
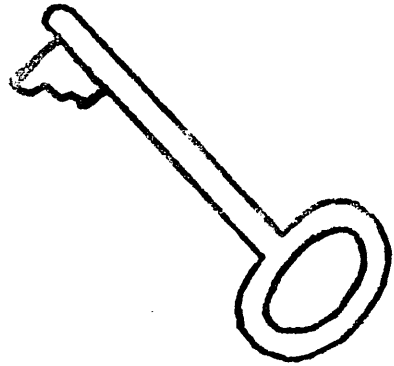
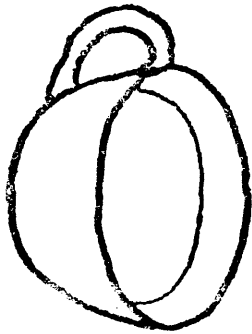
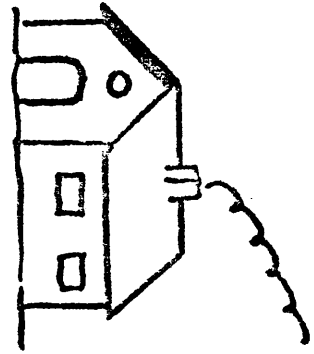
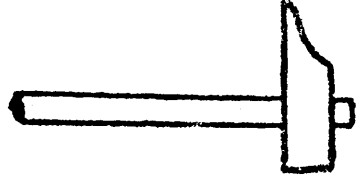
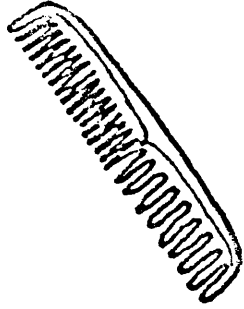
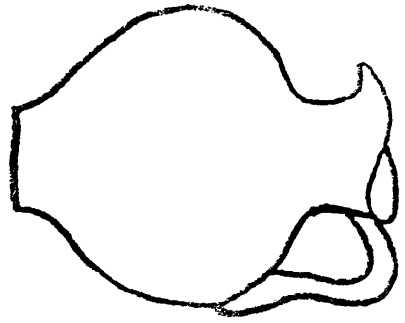
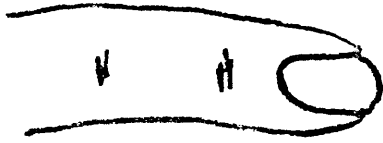
ABRIGO

OLLA

RELOJ

PEZ

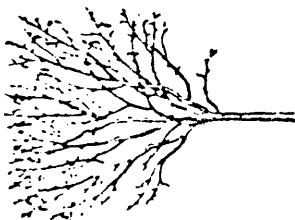
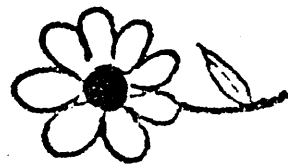
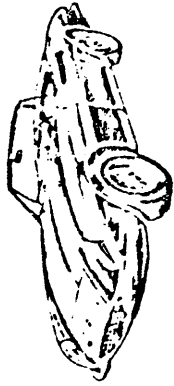
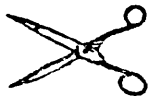
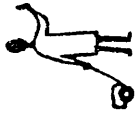
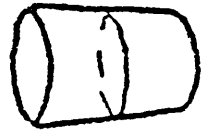
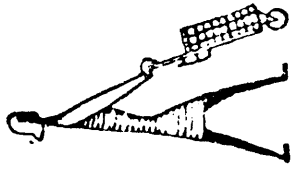
BANDERA



JARRA DEDO MARTILLO PAJARO VELA

PEINE BOTELLA TAZA CASA LLAVE





| | | | | |
|----------|-------|----------|----------|---------|
| AVIÓN | BARCO | NIÑO | ARBOL | TIJERAS |
| ESTRELLA | MUJER | CUCHILLO | OJO | CAMIÓN |
| NIÑO | SOL | FLORES | VASO | TENEDOR |
| MANO | RAYO | HOJA | TELÉFONO | HOMBRE |

- 8 -

LA VIDA COMUNITARIA Y LABORAL DEL AFASICO.

La situación vital del afásico continúa siendo problemática aun después de haber finalizado su rehabilitación hospitalaria. Por ello es preciso plantearnos la necesidad de proseguir suministrándole ayudas comunitarias. Las dificultades son mayores cuando se trata de ancianos, sin apoyaturas familiares sólidas, bajo nivel comunicativo, deterioro psicofísico y malas condiciones económicas. Esta situación no es por desgracia infrecuente.

Las soluciones más razonables para el afásico adulto están orientadas en las siguientes direcciones:

- Mejora sustancial de las condiciones económicas de retiro o de subsidios de invalidez que facilite una integración familiar más digna. Planificación de otras formas de ayudas a la familia de carácter social.
- Incremento de diversas modalidades de residencias para inválidos o ancianos, tanto de carácter "familiar" (es decir de pequeños grupos tutelados, pero con un alto grado de autogestión e independencia) como residencial convencional, insistiendo en estas últimas en reforzar los rasgos de independización y autonomía sociales. Redistribución de la población minusválida en zonas alejadas de las grandes aglomeraciones urbanas y, dentro de ellas, creación de sectorizaciones geriátricas o para sujetos afectados de minusvalías (o sea zonas de la ciudad en donde se anulan las barreras sociales y arquitectónicas).
- Organización de suficiente número de Hospitales de Día y de Clubs donde poder desarrollar sus potenciales comunicativos.
- Organización de otras múltiples asistencias comunitarias en las que, entre otros objetivos, se destaque la lucha contra la marginización o la convivencia única con sujetos en iguales o parecidas condiciones de minusvalía física o psíquica.
- Coordinación legislativa y perfeccionamiento de la misma hacia objetivos cada vez más ambiciosos.

En general, como vemos, el afásico participa de las mismas dificultades de disfrute comunitario que el resto de los minusválidos. La frecuencia con que se asocian otras sintomatologías invalidantes a la afasia, y el hecho de ser en su mayoría ancianos, no hace sino aumentar el número de las dificultades asistenciales y de convivencia social que deben sufrir así cómo la intensidad de las mismas. Las soluciones paternalistas son indudablemente las peores, pese a que hay una tendencia marcada a hacer uso de ellas, quizás por su más fácil utilización y carencia de conflictividad al menos aparente.

Las características de la familia en la sociedad actual no favorecen gran cosa la rehabilitación de los pacientes en su seno, aun cuando el ideal sería que en muchos casos en ella se llevase a cabo, al menos en una parcela considerable. Una posible solución paliadora del problema, junto a las ya apuntadas, sería una modalidad asistencial domiciliaria o ambulatoria en donde un personal paramédico y auxiliar se ocupase de determinadas tareas domésticas, en favor del minusválido, para descargar así en parte el esfuerzo que de otro modo caería directamente sobre los otros miembros de la familia. Así se obtendría una mejora en los cuidados recibidos por aquel y se tendría un control frecuente sobre el mismo. Esta ayuda comprendería también el desplazamiento del sujeto a otros lugares con fines recreativos o rehabilitativos durante algunas horas o días.

En aquellos casos en los que la permanencia en el seno de un hogar no fuese posible, por diversas causas, y hubiese que recurrir a alguna modalidad residencial se considera de la mayor importancia el que se cuide en estos centros la máxima amplitud del radio de acción del sujeto, tanto físico como comunicativo.. De este modo se busca el abrir al máximo las puertas del establecimiento en una doble corriente de dentro afuera y viceversa (estimuladas y potenciadas ambas), que ponga a los inter-

nados en estrecho contacto con el resto de la comunidad, y a ésta con aquellos. No se trata solamente de permitir la independencia, sino también de estimularla. De esta forma se trata de crear un espíritu comunitario de aceptación y solidaridad con la población minusválida.

Nos hemos referido hasta aquí sobre todo a los afásicos ancianos. Pero hay otro contingente, menor aunque importante, de afásicos situados en la juventud y en la edad media de la vida. Para ellos es preciso elaborar unas normas comunitarias que les permitan reenfocar su proyecto de vida personal en las mejores condiciones. Y ello nos lleva a la consideración de las posibilidades de trabajo y formación profesional que les podamos ofrecer.

El mundo laboral, por lo íntimamente unido que está a la trayectoria vital de las personas, debe abordarse al tratar de la rehabilitación del afásico adulto. Antes que nada habrá que hacer la distinción entre aquellos a los que la afasia les ha sobrevenido en edades en las que eran aptos para el trabajo, y que de hecho desempeñaban alguno, y aquellos otros que se encontraban ya retirados o jubilados. La tendencia a disminuir los topes de edad decretado, voluntaria o forzosa, hace que habitualmente este segundo grupo sea el más numeroso.

Consideraremos en primer lugar a los individuos en activo. Sus posibilidades de reintegrarse al trabajo serán función de dos factores:

- Recuperación de la sintomatología.
- Tipo de trabajo desempeñado hasta entonces.

Si la recuperación es total se comprende que no habrá ninguna dificultad para que se reintegre a su anterior puesto de trabajo. Sin embargo hay que comentar que en determinadas empresas muy competitivas, y en relación igualmente con determinados cargos, el paciente puede encontrar una desconfianza en sus superio-

res respecto a que se reincorpore con plenas garantías de rendimiento máximo. Lo mismo cabría decir cuando la reintegración no se lleva a cabo con un reestablecimiento total y quedan algunos deterioros que, aunque en teoría no afecten al trabajo, sí constituyan motivo de recelo, al menos inicial, por parte de los directivos. Todo lo dicho se refuerza cuando hay asociada alguna minusvalía física (hemiparesia ligera, etc.).

Naturalmente, si el estado psíquico y físico del sujeto lo permiten, se pretenderá la reincorporación laboral plena. En otro caso esta imposibilidad deberá contrarrestarse con unas indemnizaciones o retiros previstas en las legislaciones laborales del país que no marginen económicamente al afasico ni, naturalmente, a su familia.

Si el sujeto era trabajador por cuenta propia, en cualquiera de sus múltiples variantes y posibilidades, el factor prejuicio social se anulará con mayor facilidad. En estos casos un estudio profundo de las tareas desempeñadas hasta entonces, de sus condiciones psicofísicas y unas conversaciones razonables con el interesado y sus familiares facilitarán que la reintegración laboral se lleve a cabo totalmente o en los términos más favorables económicos y del equilibrio emocional tanto de él como de sus allegados.

El tipo de trabajo desempeñado hasta la fecha condiciona mucho la reintegración laboral. Para determinadas tareas no se requiere tanto el concurso de la órbita verbal como en otras, hasta el punto de que hay casos en que el deterioro verbal es prácticamente secundario respecto a otros disturbios neurológicos concomitantes que sí son altamente invalidantes.

En sujetos todavía relativamente jóvenes resulta en ocasiones recomendable una nueva orientación laboral hacia parcelas del mundo del trabajo que no se vean afectadas por su minusvalía. El consejero vocacional, en estrecha colaboración con el

resto del equipo de rehabilitación, tendrá aquí una interesante tarea a realizar. La ulterior formación profesional y empleo requerirá una adecuada legislación y ayudas estatales o de instituciones preocupadas por los minusválidos, por lomenos en un contingente considerable de estos afasicos.

El número de pacientes en condiciones de reintegrarse al trabajo o de adquirir una nueva profesión compatible con su estado es, a escala nacional, no muy elevado. Por este motivo todas estas gestiones deberán encuadrarse en el conjunto general de las asistencias a los minusválidos y a las asociaciones que éstos creen. Será, por consiguiente, recomendable que próximo a la fecha de salida del hospital o centro rehabilitativo, de alta total o ambulatoria, encaminemos a estos individuos hacia dichas asociaciones e instituciones por si considera oportuno, tanto él como sus familiares, contactar con ellas. También se le podrá informar sobre ciertos puntos legislativos y de protección social que le afecten. Esta tarea será específica de la asistencia social.

El cambio de profesión, en aquellos ya encauzados en una previamente, se presta a las mismas situaciones conflictivas emocionales. Sin embargo es preferible a la inactividad y el desempleo mucho más dramáticas y de peores soluciones. Más facil será la adjudicación profesional a aquellos que aún no la tenían definitivamente formada.

El llevar a cabo algún tipo de actividad laboral es muy interesante. Ante todo por lo que conlleva de integración social, de pertenencia a otras órbitas sociales distintas a la familiar, de ampliación del radio de acción vital. Pero también por su valor económico e independizador.

El trabajo a realizar por el afásico se entiende bajo diversas modalidades, a tenor de los factores invalidantes y restrictivos que concurren en él. Así es posible distinguir las siguientes

tes:

- 1º) El trabajo como mera actividad de terapia ocupacional o recreativa, pero fuera del campo reeducativo propiamente dicho. Se trata de sujetos a los que una afasia residual severa o la edad avanzada o invalideces sobreañadidas impiden otro tipo de trabajo. Se realizará en ciertos lugares como son, por ejemplo, los hospitales de día, clubs e incluso en el propio domicilio según instrucciones que se den al respecto.
- 2º) El trabajo en talleres protegidos, organizados por el Estado o Instituciones privadas, paraestatales o comunales. La dinámica será la misma que en todos los establecimientos de este tipo. Podrán juntarse en ellos minusválidos físicos y psíquicos siempre que las áreas de competencia de cada uno queden bien delimitadas y estructuradas.
- 3º) Trabajo realizado en el propio domicilio del sujeto. Ello exige la existencia de una organización capaz de repartir las tareas y servir de canal distribuidor y de venta de lo producido. El régimen variará desde situaciones semejantes a los talleres protegidos hasta, en último extremo, cadenas comerciales privadas que a través de conciertos con asociaciones de minusválidos, organizaciones estatales o incluso libremente contratan los servicios de estos sujetos. Esta modalidad laboral debe fijarse bien legislatoriamente para conseguir en todo momento una suficiente protección de los derechos de este tipo de trabajadores. De este modo se evitarán abusos, abandonos e incertidumbres:
- 4º) Cooperativas de inválidos que reciben asistencias y apoyos de organizaciones y asociaciones o que incluso llegan a actuar libre e independientemente.
- 5º) El trabajo en determinadas empresas e industrias en las que se reserva un tanto por ciento de la plantilla activa a minusválidos. El afásico estaría encuadrado entre el resto de

ellos.

6º) El trabajo en empresas libres, en condiciones de igualdad con el resto de los trabajadores de las mismas. Este es, como se comprende, el caso ideal, aunque solo posible cuando la sintomatología invalidante es ligera o está muy bien compensada desde todos los puntos de vista.

El éxito en el trabajo vendrá dado por los siguientes factores condicionantes:

- Estudio permenorizado de las aptitudes personales y contrastación con los requisitos que según la Psicología Industrial deben cubrirse ante cualquier puesto de trabajo o profesión.
- Preferencias y aficiones personales del interesado. Circunstancias individuales, familiares y sociales positivas y negativas respecto a las posibles opciones.
- Demandas de puestos de trabajo de determinado tipo. Consideraciones remunerativas o económicas en general. Ayudas, asistencias y perspectivas de futuro en una determinada dirección.

Pero la problemática del afásico rebasa muy ampliamente los límites del mundo laboral. El mero hecho de que una minusvalía en la esfera verbal impida acceder a actividades o colocaciones muy cualificadas tiene una repercusión económica inmediata por dar retribuciones menores. Por consiguiente el problema del trabajo del afásico, y en general de los demás minusválidos, habría que abordarlo desde otras vertientes. Sería de desear que más que intentar hacerles productivos a la sociedad, evitar que sean una carga para las familias e instituciones y, en general, introducirles en un circuito de producción, se buscara, por el contrario, más su felicidad personal, su autorrealización a través de la acción, en donde el trabajo sería un elemento importante pero en absoluto el primordial, y su adscripción comunitaria desde bases solidarias y de convivencia pero nunca crematísticas o de pragmatismo económico.

Las minusvalías, incluidas las afásicas, deberían ser abordadas tratando no solo de lograr adaptar al sujeto a la sociedad, sino también la viceversa. Así se pretendería no imponerles desde fuera soluciones ajenas sino respetar su situación y evitar al mismo tiempo un paulatino empobrecimiento marginador de su modo de vivir. Las soluciones autogestionarias y la modificación de las escalas de valores comunitarias actuales hacia formas menos competitivas y consumísticas y más cooperadoras y humanísticas serían ciertamente deseables. Todo ello entraña grandes dificultades pero quizás se consiguiera si los cauces por los que en la actualidad se rige la investigación se apartarán algo del campo meramente tecnológico y alcanzara otras facetas del saber y quehacer humanos más próximas a las esferas filosóficas y sociológicas, de tal manera que hubiese una humanización sustancial del entorno.

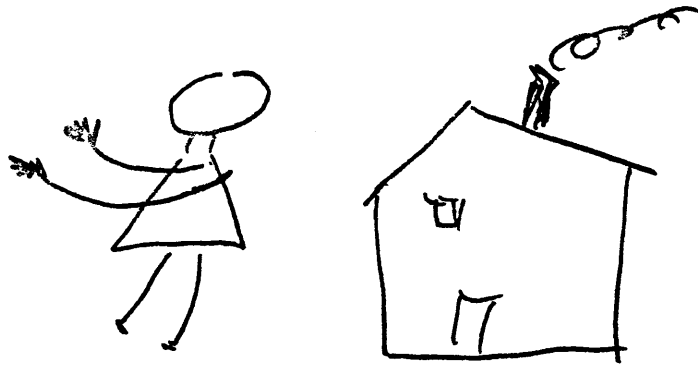
Tampoco hay que olvidar las repercusiones que la minusvalía origina en otras personas. Normalmente el paciente no es una entidad aislada sino que se ha desenvuelto en un núcleo social muy concreto. La rehabilitación deberá actuar sobre todas aquellas personas afectadas, sobre todo familiares. Son repercusiones fundamentalmente económicas, pero también emocionales y afectivas. Todos los allegados que se encuentran en esta situación deberán recibir la correspondiente ayuda. La asistente social el psicólogo e incluso el psiquiatra tendrán aquí tarea, muchas veces difícil. Si no debe eludirse una exhaustiva exploración pluridimensional del afásico, menos aún se hará respecto a los individuos estrechamente ligados a éste. Sin embargo frecuentemente el tema se da de lado y nos centramos exclusivamente en el paciente con lo que la visión que obtenemos de él será restringida, de una parte, y, de otra, habremos olvidado la atención de otras personas que también necesitan con urgencia ayuda y apoyo. Con lo expuesto nos referimos a la necesidad de hacer

mucho más que animar superficialmente a los familiares en el curso de una entrevista ocasional y breve. Se trata de llevar a cabo una verdadera terapia psicológica y encaminarles hacia estructuras asistenciales que cubran cualquier campo que se les pueda ofrecer.

La rehabilitación del afásico se llevará a cabo sin olvidar en ningún momento el espíritu que anima a la definición que de salud hace la Organización Mundial de la Salud y, en general, todos los principios, declaraciones o creencias que aluden a la dignidad y derechos de la persona humana. Se trata de buscar el bienestar, la felicidad y la esperanza del hombre, inválido o no, y para ello las armas a emplear sobrepasan con mucho a las estrictamente médicas. Muchas veces incluso éstas son las menos valiosas o interesantes. Lo importante es la búsqueda de nuevas posibilidades y soluciones, el hacer uso constante de la autocrítica respecto a lo que se hace, cómo se hace y existe descrito en el ámbito rehabilitativo.

cuando piensa en su
familia y piensa que si
no volviera a verlos uno
se entrase pero cuando
uno piensa que es posible
volver verlos se alegró

La problemática afectiva y familiar del paciente está siempre presente y no se puede eludir, particularmente en este caso en donde el sujeto, tras un considerable periodo de hospitalización exterioriza sus esperanzas y amarguras al ser instado a que escribiese libremente sobre lo que le pareciese. En el escrito, por otra parte, se aprecian paragrafias y dificultades de exposición sintáctica y gramatical.



un hombre a entrada en casa

En ocasiones los dibujos se emplean como un modo de expresividad general. En este caso la paciente, afecta de un síndrome afásico residual que no la impedía vivir sola, dibujó espontáneamente esta escena y leyenda acompañante en la que manifiesta su problemática de temor por su aislamiento. Se aprecian paragrafias literales disortográficas aunque la fluidez expresiva y la estructuración gramatical son buenas.

- 9 -

CONCLUSIONES.

- 1^o.- La afasia es un síndrome neurológico, pero la rehabilitación de aquellos sujetos que la padecen debe verificarse a partir de unas coordenadas mucho más amplias (supraneurológicas y supralogopédicas) que den cabida a aportaciones procedentes de la Sociología, Psicología, Lingüística, Humanidades y de otras muchas ciencias y en las que participan, como para cualquier individuo afecto de alguna minusvalía, todas las fuerzas y resortes comunitarios. La noción de "rehabilitación de la afasia" es por tanto incorrecta y carente de significación y debemos sustituirla por la de "rehabilitación del afásico".
- 2^o.- Cada paciente tiene un modo personal de padecer y de enfrentarse o asumir el síndrome afásico. Ello es así porque le condicionan un gran número de factores anatómo-fisiológicos, personales, emocionales y socio-económicos que hay que descubrir, valorar y encauzar en cada caso.
- 3^o.- La existencia en el hombre de una polaridad funcional de los hemisferios cerebrales tiene directas repercusiones sobre la estructuración del lenguaje, y las características de cada afasia. Cada individuo tiene su propia fórmula de lateralización, que aunque no obedezca a un modelo único (como se aprecia en el estudio estadístico efectuado) sin embargo es preciso que sea armónica y coherente. La agresión cerebral la deteriora y desestructura, por lo que reeducativamente es obligado reestructurarla a través de la adecuada metodología adiestradora senso-motriz.
- 4^o.- La reeducación del afásico se llevará a cabo teniendo en cuenta sus residuos comunicativos indemnes y la sintomatología sindrómica afásica con el fin de que a partir de

los primeros logremos ir limitando los segundos. La afasia presenta distintos síntomas muy interrelacionados entre sí (como se aprecia en el estudio clínico efectuado) cada uno de los cuales requiere técnicas logoterápicas específicas perfectamente adaptadas cuantitativa y cualitativamente a su evolución en el tiempo.

- 5º.- Las técnicas reeducativas deberán aplicarse teniendo muy presentes los mecanismos lingüísticos normales y patológicos. De ellos es muy importante la facilidad operativa de la comunicación en el terreno de lo concreto y la dificultad progresiva que aparece cuando se asciende hacia lo abstracto o elucubrativo. Así se puso de manifiesto, con diversas matizaciones y hallazgos, en el estudio efectuado sobre un índice de abstracción-concreción.
- 6º.- No existen diferencias profundas entre las parafasias metafóricas y metonímicas de JAKOBSON. Todas son realmente metonímicas, pues se trataría de la persistencia de las asociaciones verbales secundarias cuando fracasan las primarias como consecuencia de la lesión cerebral. El estudio efectuado con el llamado test de provocación parafásica y con el de respuestas antónimas así parece indicarlo. Metodológicamente la cuidadosa consideración de las parafasias permite distinguir algunos tipos, pero englobados en la metonimia.
- 7º.- La sintomatología afásica se interpreta mejor con ayuda de estudios comparativos sobre el lenguaje normal o coloquial, literario, psicopatológico y gráfico en sus diferentes etapas adquisitivas. La visión obtenida sobre ciertos síntomas sobre todo (como anomías, ecolalia, agrama-

tismo, jergafasia, parafasias, latencias anormales....) es más completa. De esta forma se ven las premisas básicas que facilitan la aparición posterior de algunos disturbios (como apreció en el estudio sobre la arbitrariedad denominativa cromática).

- 8º.- El afasico excepcionalmente tendrá comprometido únicamente su lenguaje verbal. Por lo general hay no solo una afectación de sus distintos canales comunicativos, sino que la agresión cerebral produce una afectación global faso-gnosopráctica y sensomotriz (como se aprecia en la casuística estudiada). Por ello no es correcto circunscribirnos al lenguaje al tratar de la reeducación del afasico, hay que abarcar todas las áreas comprometidas con las técnicas específicas pertinentes que de este modo se potencian mutuamente mucho.
- 9º.- El correcto tratamiento logoterápico requiere, como es lógico, un material adecuado, sobre todo el de carácter lingüístico, ordenado según criterios de progresiva complejización. Ello supone una investigación idiomática de la que hemos recogido varias muestras (listas fonético-semánticas, de palabras apófonas...) y también extralingüística (listas de sonidos, gestuales...). Todo el material rendirá al máximo siempre y cuando sea aplicada y específicamente a cada individuo pues de lo contrario su valor se reduce enormemente.
- 10º.- Es menester instaurar una metodología terapéutica rigurosa capaz de abarcar todos los momentos y situaciones del día. En ella se integran y colaboran, lo más armoniosamente posible, todas las personas que de un modo u otro es-

tán en contacto con el afásico. El tratamiento durará el tiempo necesario, lo cual en la práctica muy raramente sucede. Hay que tener en cuenta que actualmente los tratamientos rehabilitativos del afásico exigen unos requerimientos asistenciales (personal cualificado, locales, utillajes, ayudas socio-económicas) que estamos muy lejos de cubrir hasta los niveles óptimos deseables.

11^o.- El paciente afásico participa hoy día de los demás problemas asistenciales, adaptativos, laborales y de integración social, en suma, que el resto de la población minusválida con el agravante quizás de ser en su mayoría individuos que se encuentran en la tercera edad, con lo que las dificultades de toda índole son aún mayores. Las soluciones más dignificadoras o humanizadas, capaces de dar la felicidad al sujeto, exigen un cambio activo de la mentalidad de la sociedad a todos los niveles y con todas las implicaciones que ello traería consigo en los contactos interhumanos y en las relaciones del hombre con su entorno.

- 10 -

BIBLIOGRAFIA.

- AJURIAGUERRA, J. y HUGAEN, H.: "Le cortex cerebral". Masson et Cie. Paris. 1.960.
- ALAJOUANINE, T.: "L'aphasie et le langage pathologique". Bail- lière. Paris. 1.968.
- ALAJOUANINE, T., OMBREDANNE, A. y DURAND, M.: "Le syndrome de desintegration phonetique". Masson et Cie. Paris. 1.938.
- ALVES GARCIA, J.: "Trastornos del lenguaje". Ed. Alfa. Buenos Aires. 1.958.
- AUSTREGESILG: "Afasia". Cultura Médica, 3. 1.941. Brasil.
- AZCOAGA, J. E.: "Trastornos del lenguaje". Cuenca Ediciones. Buenos Aires. 1.974.
- BAILLAGER, J.: "Recherches sur les maladies mentales". Masson et Cie. 1.890.
- BALINT: "Die Seelenlahmung des Schavens". Monatsschr. f. Psyc. u. Neur., 25. 1.909.
- BALLEET, G.: "Aphasie" en Trat. Méd. de Brouardel & Gilbert. 1901.
- BARRAQUER BORDAS, Ll.: "Afasias, apraxias, agnosias". Toray. Barcelona. 1.976.
- BASTIAN, H. C.: "A treatise on aphasia". Lewis. Londres. 1.898.
- BAY, E.: "Aphasia". Brain, 95. 1.962.
- BERGSON, H.: "Matière et Memoire". Alcan. Paris. 1.896.
- BERNALDO DE QUIROS, J.: "Las llamadas afasias infantiles". Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1.975.
- BLACK, J. W.: J. Speech Dis., 16. 1.951.
- BLAU, A.: The Master Hand. Research Monographs. 1.946.
- BLOOMFIELD, L.: "Language". Nueva York. 1.953.
- BONFANTE, G.: "Semántica". En Psicología Semántica de E. R. Bal- ken. Paidós. Buenos Aires. 1.966.
- BOIVICINI, G.: J. Psychiat. Neurol., 26. 1.905.
- BOREL MAISONNY, S.: "Troubles du langage". Encyclopedie Med. Chi. Neurologie. 1.969.
- BOTEZ, M. I.: Brain, 82. 1.959.
- BRAIN, W. R. LORD: "Alteraciones del lenguaje. Afasia. Apraxia. Agnosia". Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1.976.

- BROCA, P.: "Sur le siège de la faculté du langage articulé". Bull. Soc. Anthropol., 6. 1.865.
- BROWN, J. : "On the neural organization of language". Brain and Language, 2. 1.975.
- BUYSENS, E.: "El lenguaje y la lógica". En el Tratado del lenguaje de Martinet. Nueva Visión. Buenos Aires. 1.973.
- CACERES, A.: "La apraxia bucofacial". Rev. Iber. Amer. Rehab. Méd., Vol. VIII, Nº 1. 1.972.
- CACERES V., A.: "Patología del lenguaje verbal expresivo". Marymar: Buenos Aires. 1.973.
- CASTILLA DEL PINO, C.: "La incomunicación". Peninsula. 1.970.
- CLARKE, B. y ZANGWILL, O. L.: "A case of Crossed Aphasia". Neuropsychologia, 3. 1.965.
- CONRAD, K.: "New Problems of aphasia". Brain, 4. 1.954.
- CRITCHLEY, M.: "Dislexia de Evolución". Ed. Salerno. Buenos Aires. 1.966.
- CHAMBERLAIN, H. D.: J. Hered., 19. 1.928
- CHARCOT, J. M.: "Maladies du Système Nerveux". Paris. 1.887.
- CHAUCHARD, P.: "Le langage et la pensée". P.U.F. Paris. 1.966.
- DAREST: "Hypothèse sur l'origine des droitiers". Bull. Soc. Anthropol. 1.885.
- DASSEN, R.: "Sistema Nervioso". El Ateneo. Buenos Aires. 1.944.
- DAX, M.: "Lesions de la moitié gauche de l'encephale coincident avec l'oubli des signes de la pensée". En L'Aphasie de G. Dax. Montpellier. 1.878.
- DAY, R. A.: "Cómo escribir un trabajo científico". Antioquía Médica. Vol. 26, Nº 4. Medellín (Colombia). 1.976.
- DE RENZI, E. y VIGNOLO, L. A.: "Afasia" en Tratado Italiano de Medicina Interna. Ist. per la Collab. Cult. Venecia. 1.964.
- DEJERINE: "Semiologie des affections du système nerveux". Masson Paris. 1914.
- DELAY, J. y LHERMITTE, F.: "Aphasie" Enciclopedia Medico-Chirurgical. 1.963.
- DIAMOND, S. J.: "The Disconexion Syndromes!" En Modern Trends in Neurology. Vol. 6. Butterworths. Londres y Boston. 1.975.

- DUBOIS, J., MECARI, H., RIGLIORGUES, LAUFRAS, A.: "Etude neurolinguistique de l'aphasie de conduction". *Neuropsychologia*, 2. 1.964.
- EISENSON, J.: "Examining for Aphasia". New York. Appleton. 1.954.
- ETTLINGER, G., JACKSON, C. V., ZANGWILL, O. L.: "Cerebral Dominance in Sinistrals". *Brain*, 79. 1.956.
- FOIX: "Nouveau Traité de Médecine". Masson. Paris. 1.928.
- FOREL, A.: *Prog. Med.*, 54. 1.927.
- FORILLIERE, D. M.: "Afasias, apraxias y semiología psiquiátrica del lenguaje". *Quad. Mad. Psiq.* III, 16. 1.972.
- FRAENKEL, E.: "El proceso de la vida". Mexico. 1.968.
- FREDERICKS, J. M. A. y WRIGHT: "Disorders of the body schema". *Handbook of Clinical Neurology*. North Holland Pub. Amsterdam. 1.968.
- FREUD, S.: "On aphasia". Int. University Press Inc. Nueva York. 1.953.
- FREUND: *Arch. f. Psych.* 1.888.
- FUENTE GONZALEZ, M. de la.: "Bases reflexológicas del tratamiento recuperador de las afasias". I Cong. Iber. Amer. Rehab. Estoril, 1.970.
- FUENTE GONZALEZ, M. de la.: "Introducción a la terapéutica recuperadora de las afasias". *Rev. Iber. Amer. Rehab. Méd.* Vol. VI. Nº 3, 1.970.
- FUENTE GONZALEZ, M. de la.: "Trastornos de la comprensión en los afásicos". *Rev. Iber. Amer. Rehab.* Vol. VI. Nº 4. 1.970.
- FUENTE GONZALEZ, M. de la.: "Trastornos de la expresión en los afásicos". *Rev. Iber. Amer. Rehab.* Vol. VII. Nº 1. 1.971.
- FUENTE GONZALEZ, M. de la.: "Afasias y dominancia hemisférica". *Rev. Iber. Amer. Rehab.* Vol. VII. Nº 2. 1.971.
- FUENTE GONZALEZ, M. de la.: "Las afasias y el problema de su clasificación". *Rev. Iber. Amer. Rehab.* Vol. VII. Nº 4. 1.971.
- FUENTE GONZALEZ, M. de la.: "Áreas corticales del lenguaje y afasias". *Rev. Iber. Amer. Rehab.* Vol. VII. Nº 3. 1.971.

- FUENTE GONZALEZ, H. de la.: "Dominancia hemisférica y maduración sensorio-perceptiva". Rev. Iber. Amer. "chab. Vol. IX. 1.973.
- FUENTE GONZALEZ, H. de la.: "Esquema corporal y lenguaje". Rev. Iber. Amer. Rehab. Vol. IX. Nº 4. 1.973.
- FUENTE GONZALEZ, H. de la.: "Escritura y manipulación". Rev. Iber. Amer. Rehab. Vol X. Nº 3. 1.974.
- FUENTE GONZALEZ, H. de la.: "El empleo de las palabras apófonas en la reeducación de los trastornos del lenguaje". Rev. Iber. Amer. Rehab. Vol. X. Nº 4, 1.974.
- FUENTE GONZALEZ, H. de la.: "Rehabilitación del afásico". en Tratado de Rehabilitación Médica de R. Glez. Mas. Científico Médica. Barcelona. 1.976.
- FUENTE GONZALEZ, H. de la.: "Factores condicionantes del pronóstico de las afasias". Rehabilitación. Vol. 9. Fasc. 1.1975.
- FUENTE GONZALEZ, H. de la. y MONTERO VAZQUEZ, J. M.: "Sobre un índice lingüístico de abstracción-concreción". Rev. Iber. Amer. Rehab. Vol. IX. Nº 1. 1.974
- FUENTE GONZALEZ, H. de la. y MONTERO VAZQUEZ, J. M.: "Esquema corporal y digitognosia". Rev. Iber. Amer. Rehab. Vol. IX. Nº 3. 1.973.
- GARDE, P.: "El Acento". Ed. Universitaria. Buenos Aires. 1.968.
- GARDNER, W. J.: Arch. Neurol. Psychiat. Chicago. 1941 (46).
- GAULP: "O destrismo". Argo. Lisboa. 1.940.
- GERTSMANN, J.: "Some notes of the Gertsman Syndrome". Neurology. 866. Minneapolis. 1.957.
- GESCHWID, N. y FUSILLO, H.: "Color Naming Defects in Association with Alexia". Arch. of Neurol., 15. 1966.
- GESSELL: "El niño de 1 a 5 años". Paidós. 1.958.
- GIMENO ALAVA: "Afásias" en Actas del 9º Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Murcia. 1.967.
- GOLDSTEIN, K.: "Trastornos del lenguaje". Científico-Médica. Barcelona. 1.950.
- GONZALEZ MAS, R.: "Hemiplejias". Ed. Científico Médica. Barcelona. 1.968.
- GONZALEZ MAS, R.: "Rehabilitación del afásico". Med. Cir. Guerra. VI. 1.957.

- GONZALEZ MAS, R.: "Recuperación de los trastornos del lenguaje en el hemiplejico". Rev. Iber. Amer. Rehab. Vol. III. Nº 3. 1.967.
- GONZALEZ MAS, R.: "Tratado de Rehabilitación Medica". Ed. Científico Medica. Barcelona. 1.976.
- GOODGLASS, H. y KAPLAN, E.: "Evaluacion de la Afasia y de trastornos similares". Ed. Panamericana. 1.974. Buenos Aires.
- GRASSET, J. y RANZIER, G.: "Maladies du Système Nerveux". Paris Coulet. 1.894.
- GREEN, M.: "Differential Diagnosis of Development Aphasia". S. P. Th., Vol. 7, 2, 1. 1.964.
- GUTTMANN, E.: Brain, 65. 1.942.
- GUTZMANN, A.: Arch. f. Psych. 1.896.
- HALPERK, L.: "La langue hebraique dans la restauration de la aphasia chez les poliglottes". Sem. Hôp. Paris, 58. 1949.
- HEAD, H.: "Aphasia". Cambridge Univ. Press. 1.926.
- HECAEN, H. y ANGELERGUES, R.: "Pathologie du langage". Larousse Paris. 1.965.
- HEILMAN, K. H.: "Ideational apraxia". Brain, 96. 1.973.
- HENSCHER, S. E.: "Uber motorische Aphasia und Agraphie". Almquist. & Wiksell. 1.922. Estocolmo.
- HERDANG.: Confin. Psychiat., 1. 1.958.
- HERMANN, G.: "Uber die Agraphie". S. Karger. Berlin. 1.926.
- HULICKA, I. y BECKERSTEIN, L.: "Perception of the verticale by hemiplegic patients". J. Phys. Med. 1.961.
- HULPHREY, M. E. y ZANQWILL, O. L.: "Dysphasia in left-handed patients with unilateral brain lesions". J. Neurol. Neurosurgery and Psychiat., 15. 1.952.
- ICTEYKO, J.: "La ciencia del trabajo". Ed. Jorro. Madrid. 1.926.
- ISSERLIN, M.: Ergebn. Physiol., 33. 1.931.
- ITARD, J.: "Memoria e Informe sobre Victor de l'Aveyron". Alianza Editorial. Madrid. 1.973.
- IVANOV-SHOLENSKY, A.: "Esbozos sobre la actividad nerviosa superior". Universitaria. Buenos Aires. 1.955.

- JACKSON, H.: "Selected writings". Staples. Londres. 1.958.
- JAKOBSON, R.: "Lenguaje infantil y afasia". Ed. Ayuso. 1.974.
- JAKOBSON, R.: "Fundamentos del lenguaje". Ed. Ciencia Nueva. 1.967.
- JELLINEK y FEUCHTWANGER, E.: "Amusie". Springer. Berlin. 1930.
- JORDAN, H. E.: J. Genet., 4. 1.914.
- KILURA, D.: "Dual functional asymetry for the brain in visual percepción". Neuropsych., 4. 1.966.
- KLEIST, K.: "Sensory Aphasia and Amusia". Oxford. Pergamon. 1.962.
- KOHLER, C. y COTTE, M. F.: "L'aphasie chez l'enfant". Pedit-Psychiatrie. Paris. 1.966.
- KONORSKI, J.: "Comunicación" al Simposio sobre afasia de Bucarest. World Neurol., 2. 1.961.
- KREINDLER, A. y FRADIS, A.: "Afazia". Ed. Acad. R.P.S.R. Bucarest. 1.970.
- KUSSMAUL, A.: "Les troubles de la parole". Baillière. Paris. 1.884.
- LAZARO CARRETER, F.: "Diccionario de Términos Filológicos". Gredos. Madrid. 1.953.
- LEISCHNER, A.: "Die Storungen der Schriftsprache". Thieme. Stuttgart. 1.957.
- LEVY, J.: "Cerebral asymetrie" en Hemispheric disconnection de M. Kinsbourne y W. L. Smith. Ch. Thomas. Springfield. 1974.
- LHERMITTE, F.: "Analyse neuropsychologique du syndrome frontal". Rev. Neurol., 127. 1.972.
- LICHTHEIM, L.: "Uber Aphasie". Dtsch. Arch. Klin. Med., 36. 1.885.
- LIEPMANN, H.: En Psychiatische Abhandl. de C. Wernicke. Schletter. Breslau. 1.898.
- LURIA, A. R.: "El cerebro en acción". 1.974. Barcelona. Fontanella.
- LURIA, A. R.: "Cerebro y Lenguaje". Fontanella. Barcelona. 1974.
- MALSON, L.: "Los niños selváticos". Alianza Editorial. Madrid. 1.973.

- MARIE, P.: "Travaux et memoires". Masson. Paris. 1.926.
- MASLOV, A. H.: "Self-actualizings people". Personality. Simposio Nº 1. 1.950.
- MARTINET, A.: "Tratado del lenguaje" Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1.965.
- MAUDSLEY, W.: "Fisiologia del Espiritu". S. Calleja. Madrid. 1.880.
- MAYER-GROSS: "Some observations of apraxia". Proc. Roy. Soc. Med., 28. 1.935.
- MENA, J. M.: "Un método de observacion centesimal para establecer el balance del lenguaje". Rehabilitacion. Vol. 4 Fasc. 2º. 1.970.
- MERCANTE, V.: "La Verbocromía". D. Jorro. Madrid. 1.910.
- MINKOWSKI, M.: "Sull'evoluzione anatomo-fisiologica delle funzioni cerebrali". Ed. Capelli. Bologna. 1.948.
- MONAKOV, V.: "Die lokalisation in Grosshirn" Wierbaden. Bergmann. 1.914.
- MONRAD-KRONH, G. H.: En Problems of Dinamic Neurology de L. Halpern. Jerusalem. 1.964.
- MONTERO VAZQUEZ, J.M. y FUENTE GONZALEZ, M. de la.: "Estudio estadístico sobre la dominancia hemisférica". Rev. San. Mil. Vol. XXXV. Nº 7. 1.973.
- MONTSERRAT ESTEVE, S.: "Afasias y Amusias" en Tratado de Patología y Clínica Médica, de P. Pons. Salvat. 1.969.
- MOUTIER: "L'Aphasie de Broca". Stiemhel. Paris. 1.908.
- MUÑOZ SOTES, P., PASCUAL, M. C., REYES, L., y GUILLEN, M.: "Estudio de los síndromes afasicos". Ciencias Neurologicas. Vol. IX. 1.975.
- MURAVNIK, L. y DERMAN, B.: "Acerca de la inercia de excitación e inhibición en los trastornos del lenguaje". Actas III Congreso Interamericano de Psicología. Mar del Plata. 1.963.
- NIELSEN, J. M.: "Agnosia, apraxia, afasia". Hafner. Nueva York. 1.962.

- OMBREDANNE, A.: "L'Aphasie". P.U.F. Paris. 1.963.
- OPPENHEIM: Fortschritte. d. Med. 1.895.
- PENFIELD, W. y ROBERTS, L.: "Language et mecanismes cerebraux"
P. U. F. Paris. 1.963.
- PERELLO, J. y Cols.: "Audiofonología y Logopedia", particular-
mente Perturbaciones del lenguaje (Tomo VII) de J. Aguilar,
J. Guixa, M. Leal, J. Ponces, J. Ma Torres de Gassó). Ed.
Cientifico Medica. Barcelona. 1.971.
- PEREZ PEREZ, D.: "Afasias". Rev. Iber. Amer. Rehab. Med. Vol.
5. Nº 1. 1.969.
- PICK, A.: "Die agramatischen Sprachtorungen". Springer. Berlin.
1.913.
- PIERCY, M., HECAEN, H. y AJUARIAGUERRA, J.: Brain, 83. 1.960.
- PIERON, H.: "Thought and the brain". Kegan Paul. Londres.
1.927.
- PIRISI, B.: "Sulle concetto di schema corporeo". Riv. Patol.
Nerv. e Ment., 60. 1.940.
- PITRES, A.: "L'Aphasie amnestique". Alcan. Paris. 1.898.
- POTZL, O.: "Zum apraxie problem". J. Psychiat, and Neurol.,
54. 1.937
- PRIBRAM, K. H.: "Languages of the brain". Prentice Hall.
Englenwoords. 1.971.
- RIBOT; Th.: "Las enfermedades de la memoria". D. Jorro. Madrid.
1.927.
- RICHARDSON, J.C. y DOUGLAS, E.: Brain, 82. 1.959.
- ROBERTS, H. L. y WEPMANN: "Functional Plasticity in cortical
speech". Arch. Neurol. and Psych., 79. 1.958.
- ROCH-LECOURS, A., DORDAIN, G. y LHERMITTE, F.: "Terminologie
Neurolinguistique". L'Encephale, 6. 1.970.
- ROF CARBALLO: "Biologia y Psicoanálisis". Bilbao. 1.972.
- ROTHMAN: en Tratado de Medicina Interna de Mohr y Stahelin.
Calleja. Madrid. 1.915.
- SABOURAUD, GAGNEPAIN: Rev. Practicien, 15. 1.965.
- SAINT-PAUL: Progr. Med. 1.904.
- SANCHEZ FERLOSIO: "Comentarios" a Los Niños Selvaticos de L.

- Malson. Alianza Editorial. Madrid. 1973.
- SAPIR, E.: "Language". Londres. 1921.
- SAUSSURE, F.: "Cours de Linguistique Generale". Lausana-Paris. 1916.
- SCHILER, F.: "Aphasia". J. Neurol. Neosurg. Psychiat., 10.1947.
- SERAFETINIDES, F. A. y FALCONER, M.A.: "Speech disturbances in temporal lobe seizures". Brain, 86. 1963.
- SIMS PARSON: "Left-handed ness". Mac Millan. Nueva York. 1924.
- SOLLIER: Bull. Soc. Anat. 1888.
- SUBIRANA, A.: "Visión neurologique des troubles du langage". Folia Foniatic., 8. 1956.
- TAYLOR, M.: "Language therapy". P. Short Course Dec. 3-6 U. Virginia. Charlottesville. 1963.
- TAYLOR GILES, BUSH, W. J.: "Como desarrollar las habilidades psicolingüísticas". Fontanella. Barcelona. 1974.
- TESZNER, D., TZAVARAS, A., GRUNER, J y HECAEN, H.: "L'asymetrie droite-gauche du planum temporale". Revue Neurol., 126.1972
- TEUBER, H. y WEINSTEIN, S.: Science. 127-241. 1958.
- TISSOT, R.: "Neuropsychopatologie de l'aphasia". Masson & Cie. Paris. 1966.
- TOMATIS, A.: "El oído y el lenguaje". Martinez Roca. Barcelona. 1969.
- TORRES DE GASSÓ, J.M. y SALES VAZQUEZ, R.: "Afasia" Rehabilitación. Vol.1. Fasc. 3. 1967.
- TROUBETZSKOY, N. S.: "Grundzüge der Phonologie". Praga. 1939.
- TSVETKOVA, L. S.: "Entrenamiento rehabilitativo en lesiones locales del cerebro". Pedagogika. Publishing House. Moscú. 1972.
- TSVETKOVA, L. S.: "Reeducación del lenguaje, la lectura y la escritura". Fontanella. Barcelona. 1977.
- TYLER, H. R.: "Defective stimulus exploration in aphasic patients" Neurology, 19. 1968.
- TOURNAY, E.: "Asymetrie dans le developpement de l'enfant". Jour. Psychol. Normale et Pathologique; Paris. 1954.
- TZORTIS, L. y ALBERT, M. L.: "Impairment of memory sequences in

- conduction aphasia". Neuropsych. 1975.
- V.DERIAN, B.: "Fundamentos de la reeducación y rehabilitación de afásicos". Actas del XV Congreso Internacional de Logopedia y Foniatria". Buenos Aires. 1971.
- VAZQUEZ SUAREZ, R., ASENSIO AVILES, M. y SALINAS SANCHEZ, I.: "Electromiografía y afasias". Rehabilitación. Vol 11. Fasc. 1. 1977.
- VENDRELL BRUCET, J. y VENDRELL GOMEZ, P.: "Una aproximación metodológica al estudio de la praxis bucofonatoria en la afasia" Rev. de Neurol., Tomo II. Nº 5. Año II. 1974.
- VERDIER, R.: "Zurdera y destreza". Malaga. 1969.
- VICTORIA, M.: "Teoria de las apraxias". Ateneo. 1940.
- VYGOTSKY, L. S.: "Pensamiento y Lenguaje". Lautaro. Buenos Aires 1964.
- WARRINGTON, E. y ZANGWILL, O. L.: J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 20. 1957.
- WEIGL, E. y BIERWISCH, M.: "Neuropsychology and linguist". Dtsch. Akad. Wissensch. Berlin. 1968.
- WEISEMBURG, T. y MAC BRIDE, K.: "Aphasia". Commonwealth Fund. London. 1935.
- WEPMAN, J. M.: "Recovery from Aphasia". Ronald. Nueva York. 1951.
- WERNICKE, C.: "Über aphasische Symtomen". Max Cohn & Weigert. Breslau. 1874.
- WESCHLER, A. F.: "Transient left hemialexia". Neurology. 22. 1972.
- WEST, ANSBERRY, CARR: "The Rehabilitation of Speech". Harper. 1957.
- WILSON: "Aphasia". Neurology. Arnold. Londres. 1940.
- WOLFFIN: "Conceptos fundamentales en Historia del Arte". Madrid 1924
- ZANGWILL, O.: "Speech". en Neurophysiology, Handbook of Physiology. 1960.
- ZANGWILL, O.: "Intelligence in aphasia". En A.V.S. De Reuck and M. O'connor "Disorders of language". Churchill. Londres. 1964.
- ZAZZO, R.: "Conduite et Conscience". Delachaux & Niestle. 1962.
- ZAZZO, R.: "Manual para el examen psicológico". Kapelusz. Buenos Aires. 1963.

ZIEHEN, K.: "Aphasie". Mulenburgs. Reak Enzyklop., 4. 1907.

ZITRINOVITZ, J.: "Los síndromes clínicos en los trastornos del lenguaje de causa neurológica". Actas I Congreso Americano de Hipoacusia y Lenguaje". Buenos Aires. 1966.