



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ACATLÁN

**EL PAPEL DEL PEDAGOGO EN LA EDUCACIÓN DEL AFÁSICO EN
MEXICO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PEDAGOGIA

PRESENTA:

PATRICIA OCHOA UGALDE

ASESOR: MA. TERESA SILVA Y ORTIZ

México, D.F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL

	págs.
AGRADECIMIENTOS	1-2
INTRODUCCION	3-5
CAPITULO I	
EL LENGUAJE EN EL SER HUMANO	
1.1 CONCEPTOS GENERALES	6-13
CAPITULO 2	
A F A S I A	
2.1 CONCEPTOS GENERALES	14-24
2.2 LOS SINDROMES AFASICOS Y SUS CONSECUENCIAS EN EL APRENDIZAJE	25-49
2.3 TESTS QUE MAS SE UTILIZAN EN CASOS DE AFASIA .	50-68
CAPITULO 3	
LOS AFASICOS DEL D.F.	
3.1 LA SITUACION DE LOS AFASICOS EN EL D.F. CON BASE EN LOS DATOS QUE PROPORCIONARON ALGUNAS INSTITUCIONES PRIVADAS Y OFICIALES	69-73
3.2 ALGUNOS PROBLEMAS CON QUE SE ENFRENTA EL AFASICO	77-80

CAPITULO 4

ALTERNATIVAS PEDAGOGICAS PARA ATENDER LA EDUCACION
DEL AFASICO EN EL DISTRITO FEDERAL

4.1 ESTUDIO DEL SINDROME AFASICO EN LA FORMACION
DEL PEDAGOGO 81-84

4.2 PAPEL DEL PEDAGOGO EN LA REHABILITACION DEL
AFASICO 85-101

CONCLUSIONES 102-111

BIBLIOGRAFIA

AGRADECIMIENTOS

Debo reconocer que para poder realizar y finalizar mi tesis conté con la ayuda de muchas personas que desinteresadamente pusieron toda su confianza en mí para ayudarme a contribuir en algo con los afásicos mexicanos, y sobre todo con nuestra sociedad que está olvidando los valores humanos más esenciales, como son: el amor, la comprensión y el respeto - del hombre por el hombre mismo.

Antes que nada deseo hacer un paréntesis para expresar las gracias a mis padres que jamás han dudado para brindarme su apoyo total, en todas y cada una de las tareas que emprendo; el presente trabajo no es la excepción.

Quiero agradecer de manera muy especial a la licenciada Ma. Teresa Silva y Ortiz, sin cuya paciencia, experiencia y confianza, depositadas en mí, difícilmente hubiera salido - avante con este trabajo; también quiero incluir a las siguientes personas que me hicieron partícipe de sus experiencias y profesionalismo volcado en el afásico: Dra. Crisanta Cruz - González, Dra. Dona Jackson, Dra. Adalgisa Luna Alonso, - Profra. Margarita Nieto H., Dra. Janet Waldman, Dr. Santiago González Campbell, Sr. Manuel González Campbell, Dr. Ramón - Espinasa Closas, Sr. Miguel Bagatella y al Dr. Severino Tarasco, entre otros.

Así mismo doy las más expresivas gracias a las siguientes instituciones que me proporcionaron las facilidades que tuvieron a su alcance para enriquecer mi trabajo:

OFICIALES:

Dirección General de Educación Especial. De modo particular a la Dra. Margarita Gómez Palacio, Directora General, por sus atenciones y ayuda prestada.

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación.. Región Sur del IMSS.

Hospital Militar, Depto. de Rehabilitación.

PRIVADAS:

Clínica de Diagnóstico y Aprendizaje, A.C.

Clínica OIRA.

Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje.

Instituto Nacional de la Comunicación Humana, S.A.

Deseo hacer extensivo a todos mi reconocimiento y agradecimiento, porque a pesar de haber encontrado muchas puertas cerradas, todos aquellos que me brindaron su apoyo hicieron que recuperara la confianza perdida y me alentaron a continuar con mi investigación para colaborar en algo con los afásicos de nuestro país. Espero no defraudarlos nunca.

INTRODUCCION

El presente trabajo intenta ser una aportación en el área de la educación especial, destacando algunos elementos de importancia para los pedagogos interesados en la misma, así como para los familiares de los afásicos, quienes, generalmente, ignoran muchas cosas con respecto a la enfermedad que aqueja a este sujeto, siendo la desorientación la consecuencia que repercute en la manera de ver y de tratar al que la padece.

Abordar el tema de la afasia y relacionarlo con el papel que puede desempeñar el pedagogo nos enfrenta a un campo poco conocido todavía; en torno a éste se han creado una serie de distorsiones que han traído consigo polémicas y confusiones.

Siendo el lenguaje el medio idóneo para la comunicación, resulta fácil comprender que cualquier trastorno que tenga que ver con él provoca en el sujeto serias frustraciones, así como severos problemas familiares y sociales cuando no se cuenta con una información adecuada para encauzarlo y afrontarlo.

Desde tiempos muy remotos encontramos en la historia de la humanidad documentos en los que se mencionan las penalidades y oprobios que tenían que soportar quienes padecían algún

problema físico -sordos, deficientes mentales, ciegos y afásicos, entre otros- permaneciendo apartados del proceso de socialización. A pesar de ello algunos lograron vencer, no únicamente su alteración fisiológica, sino también a la sociedad que los señalaba como "errores de la naturaleza o de Dios".

No es sino hasta nuestra época cuando se acentúa el interés por empezar a destacarlos como seres humanos con derechos y obligaciones; se habla de rehabilitación para ayudarlos a que asuman nuevamente la capacidad de desempeñar alguna actividad productiva que los convierta en sujetos útiles.

Desafortunadamente, sólo algunos de esos grupos de minusválidos encontraron lugar en el sistema productivo. La mayor parte de ellos quedó fuera. Una de las posibles razones por las que se ha absorbido a un escaso número de estos grupos parece ser la falta de capacitación educativa y laboral. En el proceso rehabilitatorio del afásico no se contempla esta urgente necesidad que podría rescatarlo de su aislamiento y disminuir así su dependencia social, para dejar de ser considerado como una carga.

En el primer capítulo empezamos por dar una visión bastante general de las concepciones del lenguaje a través del tiempo, así como las polémicas que han ocasionado en las diferentes etapas de nuestra historia, sin pretender abarcarlas

todas pues esto resultaría interminable. Solamente pretendemos un acercamiento que facilite la comprensión del por qué de la afasia.

En el segundo apartado hacemos mención de algunas definiciones de afasia, las clasificaciones más comunes que se han hecho de ésta y sus respectivos síndromes. Destacamos el momento en que ya es considerada como tal. También presentamos algunos de los tests para afásicos más utilizados en nuestro país.

En el tercer capítulo tratamos de hacer una relación muy general acerca de la problemática por la que atraviesan los afásicos del Distrito Federal, así como de aquellas personas que conviven directamente con él y de los problemas a que se enfrentan éstos últimos.

Hemos creído oportuno proponer algunas alternativas tendientes a mejorar la situación del afásico. Como pedagogos deseamos contribuir a una tarea de orientación y concientización, no únicamente del paciente respecto a su situación, sino principalmente de sus familiares y personas que lo rodean para que en lugar de sentir lástima o desprecio por este enfermo, aprendan a verlo como una persona que siente, sufre y vive los mismos o peores problemas de quienes nos autodenominamos "normales".

CAPITULO 1

EL LENGUAJE EN EL SER HUMANO

1.1 CONCEPTOS GENERALES

El estudio del lenguaje humano se remonta cientos de años atrás, quizás empezó en el momento en que el hombre descubrió que era la única criatura poseedora de esa facultad sobre la tierra. Con el tiempo despertó el interés de los hombres de ciencia, quienes llevaron a cabo una serie de investigaciones y elaboraron teorías que han influido aún en nuestra época.

En el presente trabajo no se pretende hacer una recopilación enciclopédica de todas las teorías que han tratado de explicar este fenómeno; sólo se desean comentar algunas de las concepciones más sobresalientes para poner en clara nuestra postura y los motivos por los que aquí es considerada como la más adecuada.

Por otro lado, se desea hacer notar que existe una gran cantidad de conceptos relacionados con el desarrollo del lenguaje humano; pero aquí no se propone enumerarlos todos pues escapan al tema, por lo tanto, se limita a comentar solamente algunos.

Max Müller (1891) considera al lenguaje como un instrumento exclusivo del hombre. Para él, éste y el pensamiento son completamente inseparables. Por ello llega a la conclusión de que pensar es hablar en voz baja, mientras que hablar es pensar en voz alta; William Dwight (1892) sostiene, por el contrario, que el lenguaje es un producto social basado en una energía proporcionada por Dios. Las dos posturas anteriores ocasionaron fuertes controversias entre los investigadores, ya que cada uno creía haber encontrado la clave para explicar el fenómeno. Por ello el tema fue haciéndose cada vez más complejo a medida que fueron incrementándose el número de teorías.

Por ejemplo Charles Darwin (1872) afirmaba que "... la facultad del lenguaje articulado no ofrece en sí misma ninguna objeción insuperable a la creencia de que el hombre se ha desarrollado a partir de alguna forma inferior (...) la articulación, la asociación de ideas con determinados sonidos no son características exclusivas del lenguaje humano. Originariamente el lenguaje evolucionó de la imitación de los ruidos animales";⁽¹⁾ el lingüista Heyman Steinthal (1893) afirmaba que para comprenderlo debía considerársele como

(1) Lenneberg, Eric. Fundamentos Biológicos del Lenguaje.
p. 508

parte de la memoria, y que "... el lenguaje se presenta como necesario (...) cuando el desarrollo mental ha alcanzado cierto punto. Se presenta después de que los movimientos corporales reflejos han llegado a la conciencia humana y después de la asociación de percepciones con sonidos". (2) Aseguraba que éste había sido mal interpretado porque tradicionalmente había sido considerado sólo como un medio de comunicación haciendo a un lado su aspecto autoconsciente, es decir, el que uno se entienda a sí mismo al igual que es entendido por los demás; lo cual puede considerarse como el punto de partida del lenguaje; por su parte el famoso profesor de medicina - Adolf Kussmaul (1895) opinaba que el lenguaje podía referirse al acto físico-mental de la expresión del pensamiento o a lo que se expresa. En su opinión era tarea de la fisiología y de la psicología intentar comprenderlo como un acto de expresión. Hubiera sido un error pretender llevar a cabo estudios solamente con bases fisiológicas, ya que esta ciencia - no ha decidido todavía sus propios métodos experimentales.

Como se ha podido apreciar en este pequeño esbozo, existen infinidad de enfoques con respecto al lenguaje, los cuales van desde los místicos y radicales, hasta los

(2) Ibidem. p. 509

increíbles, sin embargo, todos ellos han sido útiles, pues han funcionado como motivación para los interesados en este tema.

Aquí va a ser considerado básicamente como un *fenómeno biológico*. Esto no significa que se estén dejando de lado los elementos sociales y psicológicos que son determinantes para su desarrollo y existencia, pues al aceptarlo como algo innato en el hombre, se supone todo un proceso de aprendizaje y desarrollo que parte de la interacción entre el su je to y el medio ambiente. Lenneberg (1975), siguiendo este lineamiento, opina que el lenguaje es un despliegue gradual de capacidades que tienen lugar entre el segundo y tercer año de vida. Dice que entonces es interesante saber cual es la configuración de la corteza cerebral durante este período afirmando también que: "En la época en que el lenguaje empieza a hacer su aparición se han alcanzado alrededor del 60% de los valores adultos. Después la tasa de maduración va disminuyendo y alcanza una asintonía justo en la época en que los traumas en el hemisferio izquierdo del cerebro, comienzan a tener consecuencias permanentes". (3)

Desde el punto de vista neurológico se ha indicado una

(3) Ibidem. p. 198

zona del lenguaje, sin embargo, hay grandes polémicas con respecto a su ubicación y extensión.

La información manejada en esta investigación afirma que existe una zona del lenguaje, pero aclara que ésta no puede ser contemplada como una "zona absoluta", ya que por su extensión es muy difícil precisar cual es el lugar donde se encuentra; para Testut y Latarjet (1979), Juan Azcoaga (1975) y Margarita Nieto (1981) la zona del lenguaje es vastísima. Sólo gracias a los estudios practicados a personas con lesiones en la zona de Wernicke, la tercera circunvolución frontal, en el lóbulo parietal y en el occipital, se ha podido profundizar en las diferentes formas de afasia, tema del presente trabajo.

Para hacer más explícita y concreta la localización de la llamada "Zona del Lenguaje" es prudente seguir la línea de la teoría clásica e ilustrarla con la figura 1.

Tradicionalmente se han considerado dos grandes centros de la palabra, cuya lesión produce afasia: el primero es conocido como Centro Anterior, en donde se encuentran las imágenes motoras. Se subdivide a su vez en dos partes: a) Centro de Broca, localizado en el pie de la tercera circunvolución frontal izquierda, es reconocido como el centro de

las imágenes motoras de la articulación verbal; b) Centro - de las Imágenes Gráficas o de la escritura, localizada en la base de la segunda circunvolución frontal izquierda.

El segundo centro de la palabra es el llamado Centro - Posterior, donde se encuentran las imágenes sensoriales. Se divide en: c) el centro de las imágenes auditivas, que se encuentra en la región media de las dos circunvoluciones temporales; d) el centro de las imágenes visuales, localizado en el pliegue curvo. (Ver fig. 1)

De acuerdo con la teoría referida es posible apreciar tres clases esenciales de afasia: las Motoras, ocasionadas por una lesión, precisamente en los centros motores; las Sensoriales, por una lesión en los centros posteriores; las Mixtas, causadas por alguna lesión, tanto en los centros motores como en los posteriores.

Más adelante se profundizarán y ampliarán estos datos y los problemas que surgen por las diferentes lesiones en la zona del lenguaje, así como de sus consecuencias. Por ahora sólo se aclara que se ha comentado únicamente el aspecto biológico del lenguaje porque permite explicar de una manera más sencilla el síndrome de la afasia, no porque se consideren menos importantes los aspectos psicológico y social.

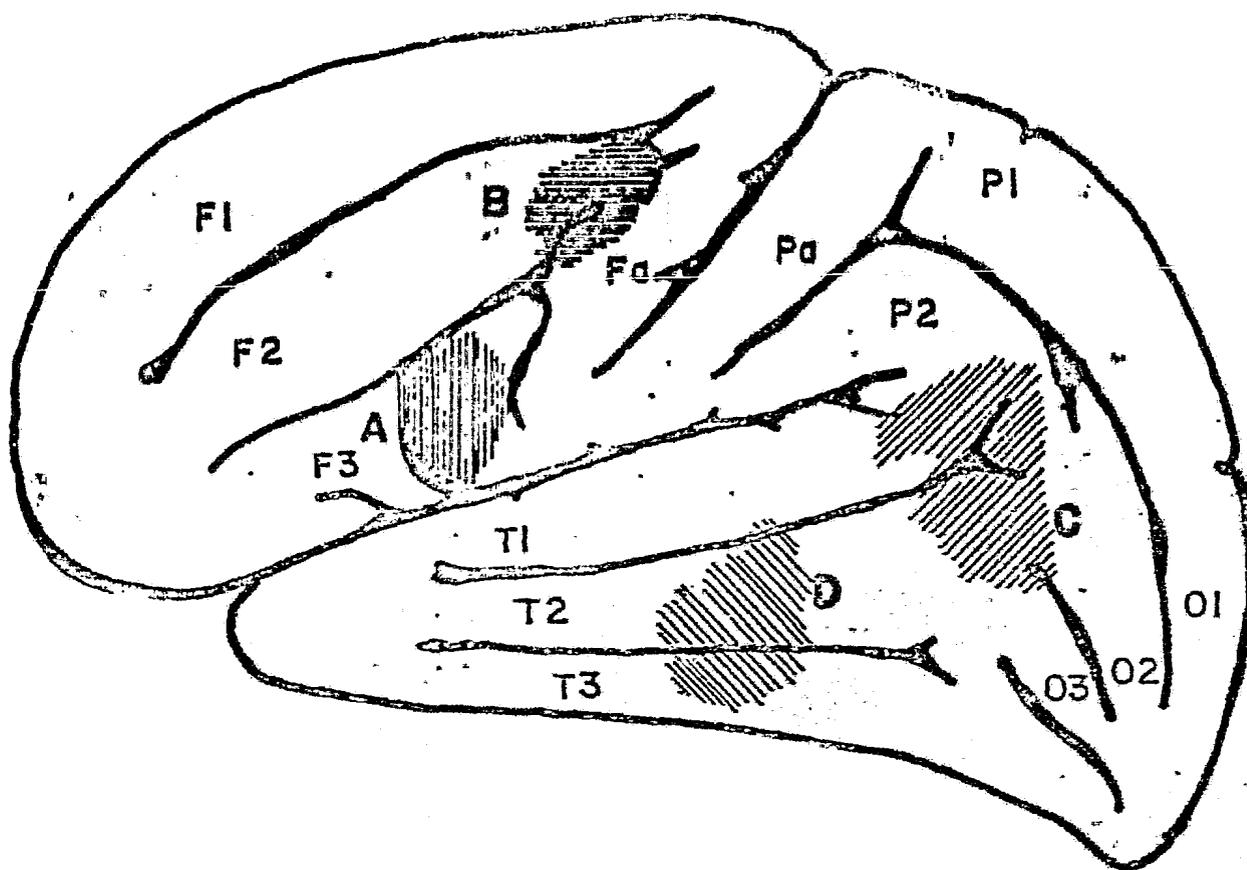


FIGURA I

- A):- CENTRO DE BROCA O CENTRO DE LAS IMAGENES MOTORAS DE LA ARTICULACION.
- B):- CENTRO DE LAS IMAGENES GRAFICAS O DE LA ESCRITURA.
- C):- CENTRO DE LAS IMAGENES VISUALES.
- D):- CENTRO DE LAS IMAGENES AUDITIVAS.

(según TESTUT y LATARJET).

Cualquiera que sea el enfoque del lenguaje hay que tomar aquellos aspectos que permitan comprender el problema - que aqueja a los afásicos, de quienes prácticamente las sociedades se han olvidado, a pesar de que éstos tienen derecho - de recibir la ayuda que requieren y de ser aceptados por la comunidad como personas que son.

CAPITULO 2

A F A S I A

2. 1 CONCEPTOS GENERALES

Se vieron ya algunos puntos que han despertado grandes controversias entre los investigadores del lenguaje; la afasia, menos estudiada, también ha sido motivo de polémicas, - las cuales parten desde el concepto de ésta. Lo anterior - obliga a tomar los elementos que con mayor frecuencia mencionan los autores consultados y a elaborar una definición propia. De allí que en este trabajo se considerará a la afasia como un trastorno, pérdida o defecto de la facultad verbal, mímica o gráfica, a consecuencia de una lesión en alguno de los centros cerebrales mencionados anteriormente.

Para hacer más comprensible el tema tratado se presentarán a continuación algunas definiciones, con el fin de mostrar la evolución de este concepto.

Respecto a los primeros intentos, Lord Brain (1980) - menciona que por el año 30 a. de C., Valerio Máximo describe el caso de un ilustre ateniense que después de haber sido golpeado por una piedra en la cabeza perdió la memoria de las

letras. A pesar de que no se utiliza el término afasia, Brain considera que las características que manifestaba el sujeto eran típicas de una de tantas modalidades de ella; aunque éstas fueron apreciadas muy superficialmente hay que reconocerle su mérito, ya que no contaban con los adelantos científicos de nuestra época.

Por su parte Schuell (1977) menciona que en el año 3 000 y 2 500 a. de C., los antiguos egipcios hacían referencia ya a casos en los que a partir de una lesión en la cabeza el sujeto perdía casi siempre el habla.

Las raíces históricas de la definición de afasia como trastorno del lenguaje articulado, producto de una lesión cerebral o de alteraciones en el aparato circulatorio, que producen la falta de irrigación sanguínea en las zonas de la corteza especializada en alguna de las diferentes formas del lenguaje, se inicia propiamente con los descubrimientos realizados por Broca en el año de 1861, no obstante los múltiples esfuerzos anteriores por definirla.

Paul Broca (1861), cirujano y antropólogo francés afirmaba que en el cerebro existen diferentes regiones, las cuales tienen múltiples funciones; con esa base profundizaría en sus investigaciones. Fundamentó su teoría de la

localización del lenguaje articulado en la tercera circunvolución frontal cuando practica la autopsia en dos de sus pacientes y concluye que han sufrido la pérdida del lenguaje.

A esta pérdida del lenguaje la denomina afemia, voz griega que significa, sin habla. Años más tarde sería bautizada como afasia; en honor a su descubridor, este tipo particular se conoce como afasia de Broca. Actualmente conserva, casi por completo, las mismas características descritas por él, las cuales serán señaladas con mayor amplitud en el siguiente apartado.

Los descubrimientos de Broca y sus intentos de explicación también han provocado opiniones contrarias a las suyas, entre ellas destaca la de Trousseau (1864), quien a pesar de que admite la localización del lenguaje articulado en la tercera circunvolución frontal, considera a la afasia como una amnesia de las palabras, que implica un debilitamiento intelectual en el sujeto, el cual "cojeará" siempre de la inteligencia.

Pero no todas las apreciaciones fueron tan severas ni tan generalizadas, tal es el caso de los trabajos legados por otro grande de la ciencia: Carl Wernicke, quien para 1874 había publicado sus descubrimientos referentes a la

localización del centro auditivo considerado como el asiento de las memorias sonoras, ubicado en la primera circunvolución temporal equivalente a la base del lenguaje articulado en la zona de Broca; identifica la lesión de ésta en el hemisferio izquierdo, con la consiguiente pérdida de la memoria de las imágenes auditivas verbales, como afasia sensorial.

Esta afasia mencionada por Wernicke es muy diferente a la señalada por Broca, ya que los sujetos que la padecen presentan un lenguaje tan desorganizado que, en ocasiones, son comparados con enfermos mentales en estado de confusión.

Por todas estas razones se le llama afasia sensorial, en oposición a la afasia de Broca; la mayoría de los autores e investigadores la denominan, generalmente, afasia de Wernicke, por ser él su descubridor. También se hablará de sus características más adelante.

A medida que se profundizaba en el conocimiento del cerebro humano se abrían nuevas perspectivas. Los estudiosos de este trastorno superaron, en la mayoría de los casos, de una u otra manera, las limitaciones propias de la época. Sus hallazgos han permitido crear nuevas oportunidades de recuperación a la población afásica dispersa por el mundo.

Al pasar el tiempo aparecen los primeros críticos de la corriente localizacionista; uno de sus representantes es John Hughlings Jackson (1864) quien, partiendo de los estudios de Broca, se cuestiona acerca del significado real de la pérdida del lenguaje. Esto lo llevó a un primer planteamiento: "hablar no es simplemente emitir palabras (...) Hablar es efectuar una proposición (...) Es obvio que el paciente sin habla no puede efectuar proposiciones en voz alta, y jamás lo hace. Pero esto es sólo la parte superficial de la verdad. No pueden hacerse proposiciones internamente (...) La prueba de que la persona no habla en su interior es que no puede expresarse por escrito. Podrá escribir copiando (...) Entonces si puede hablar interiormente ¿Por qué no escribe lo que dice para sus adentros? Es que no se dice nada y, por tanto no tiene nada que escribir". (4)

No todas las opiniones de Jackson se quedaron en esta primera fase; con el tiempo profundiza más en el tema y presenta un punto de vista que difiere del anterior: "El paciente sin habla es capaz de pensar. Para pensar se necesitan palabras, por lo menos para la mayor parte del pensamiento, pero el hombre sin habla no es un hombre sin palabras;

(4) Brain, Lord. Alteraciones del Lenguaje. p. 52

existe un servicio de palabras automático e inconsciente o subconsciente. Sin embargo, desde que se requiere lenguaje para pensar sobre temas nuevos y complejos, el pensamiento del paciente que no habla es inferior por falta de cooperación del lenguaje". (5)

En los años posteriores aparecen pocos intentos serios. El momento crucial se encuentra en la Primera Guerra Mundial, hecho crítico, decisivo para que resurgiera el interés por atender a los afásicos que dicho conflicto arrojaba día a día. Posteriormente se elaboran nuevos tratamientos que rehabilitan poco a poco a un gran número de ellos, gracias a los adelantos de la medicina, al mejoramiento y al aumento de hospitales y centros especializados para atender a las personas con lesiones cerebrales.

Entre los trabajos realizados durante este período destaca el de Henry Head (1926), quien considera a la afasia primordialmente como un deterioro en la expresión y formulación simbólica del sujeto. Sostiene que "(...) la capacidad intelectual general no se veía afectada de manera específica en la afasia sino más bien los mecanismos por los cuales

(5) *Ibidem.* p. 52

ciertos aspectos de la actividad mental pueden ser puestos en juego (...) Este mecanismo, por supuesto era el lenguaje". (6)

Para 1935 las contribuciones empiezan a aumentar destacando los estudios realizados por el neurólogo Theodor Weisenburg y la psicóloga Katherine McBride; observaron 60 casos de pacientes afásicos durante cinco años consecutivos concluyendo que la afasia es una alteración del lenguaje, consistente en una regresión a un nivel de pensamiento más primitivo, y que representa un defecto especial de la inteligencia aunque éste no es general. Afirman que es imposible localizar el lenguaje o las alteraciones del mismo, excepto de una manera muy general. De ahí que no mencionen áreas específicas ligadas al tipo de afasia que padecen sus pacientes.

Un segundo momento crucial está marcado precisamente por la Segunda Guerra Mundial. La mayor parte del globo se encuentra con un elevadísimo número de sujetos afásicos; excombatientes con lesiones cerebrales que les provocan trastornos del habla. La sociedad debe encarar la rehabilitación

(6) Schuell, Hildred. Afasia en Adultos. 1976. pp.37-38

de las víctimas y lisiados en general, de los cuales, el porcentaje más elevado lo constituyen los afásicos, según los autores consultados. También nace la necesidad de preparar a un gran número de especialistas en el tratamiento de éstos, entre los que destacan los foniatras y los audiólogos, sin descartar al profesorado encargado de la rehabilitación del sujeto a nivel escolar o laboral.

Para 1946 Joseph Wepman observa a 68 pacientes afásicos y llega a la conclusión de que la afasia no es únicamente una alteración del lenguaje, sino también de la personalidad total del sujeto. Se hace necesario dar tratamiento, no tanto a la enfermedad en sí, sino más bien al individuo. El objetivo final es básicamente incorporar al sujeto a la sociedad y reconocer su capacidad como la de cualquier otro.

Wepman (1946) no desconoce las limitaciones a que se enfrenta el afásico como parte de una sociedad que le impone ciertas condiciones y le proporciona ayuda limitada frente a lo cual descubre que la recuperación del afásico depende de él mismo y no tanto de la sociedad.

A partir de la década de los 70's y hasta la fecha, la mayor parte de las personas interesadas en este trastorno se han dedicado primordialmente a elaborar una serie de tests,

los cuales se verán con mayor amplitud en otro apartado. De cualquier manera queremos insistir en que, independientemente de los conceptos presentados en este capítulo, en el presente trabajo se considera a la afasia únicamente como un trastorno o pérdida de la facultad de expresión verbal, mímica o gráfica sin que ello haga pensar en la existencia de deficiencias en la capacidad intelectual del sujeto. Sin embargo se cree que puedan presentarse ciertos cambios en la personalidad del individuo, ya que cualquiera que estando en posesión del lenguaje de repente se ve privado de él a consecuencia de una lesión en los centros cerebrales, experimenta trastornos emocionales en todo su ser, sin que ello signifique, como aseguraba Trousseau, que el afásico cojeará toda su vida de la inteligencia.

Por otro lado se quiere dejar en claro que se habla únicamente de sujetos afásicos adultos por la sencilla razón de que aún en nuestros días no existe un acuerdo entre los estudiosos de la afasia para aceptar o desechar la posibilidad de que existan niños afásicos; es problema inclusive precisar a partir de qué edades se le puede definir como tal. Se encuentran muy pocos trabajos preocupados por dilucidar esta cuestión, pero entre ellos podemos destacar el de Eric Lenneberg (1975), quien opina que la afasia en el niño puede aparecer desde los cuatro años de edad; mientras que Henry -

Hécaen (1977) asegura que cualquiera que sea el hemisferio - afectado las lesiones neonatales o producidas durante la primera edad no provocan de ninguna manera trastornos del lenguaje propiamente dichos, únicamente en casos sumamente excepcionales.

Por otro lado, Basser (1975) confirma que las secuelas afásicas después de la hemisferectomía* practicada en niños menores de diez años, incluso en casos de hemisferectomías - izquierdas, desaparecían totalmente en la mayor parte de los casos.

Desafortunadamente, los estudios que se han realizado al respecto son mínimos, y por ello no existe consenso para poder afirmar o negar la existencia de niños afásicos, así - como precisar la edad promedio en que ésta puede hacer su - aparición. De cualquier manera se cree que todos estos intentos son válidos, en tanto no se realicen nuevas investigaciones que rechacen o acepten las actuales. La presente investigación no toma partido, pues ni los verdaderos conocedores

* Hemisferectomía: escisión o ablación total o parcial de - uno de los hemisferios cerebrales practicadas en niños, - adolescentes y adultos.

del problema han llegado a un acuerdo. .Aquí no puede sino -
mencionárseles para promover investigaciones al respecto.

2.2 LOS SINDROMES AFASICOS Y SUS CONSECUENCIAS EN EL APRENDIZAJE

Para facilitar la comprensión de los síndromes afásicos, así como sus consecuencias en el aprendizaje, sería conveniente tomar como punto de partida una clasificación adecuada de los mismos. Sin embargo, como generalmente ocurre en este tipo de temas, no existe una clasificación aceptada universalmente; en los estudios realizados se encuentran una gran variedad de criterios, los cuales podemos englobar, finalmente de una manera arbitraria, en una sola postura: considerar a la afasia como un "fenómeno múltiple" pues la mayoría de los autores sostienen que existen diferentes tipos de debido a que pueden ser causadas por distintos tipos de desorganizaciones. Esta concepción ha sido objeto de grandes controversias por parte de algunos estudiosos contemporáneos - como Bay (1980), quien no acepta las clasificaciones tradicionales por considerarlas una colección heterogénea de alteraciones de muy distinta patología.

El problema de la afasia, así como el de sus respectivos síndromes, se ha venido discutiendo por parte de la mayoría de los autores desde hace mucho tiempo, sin llegar a un acuerdo general. En ocasiones, incluso se ha llegado a negar la necesidad de una clasificación debido a que autores,

entre los que se encuentra Paul Pierre Marie (1977), consideran en un principio que sólo existía un tipo de afasia y que, por lo tanto, las clasificaciones no tenían razón de ser. Sin embargo, con el tiempo admite la existencia de otras formas de afasia, además de la sensorial.

Otro factor que ha contribuido a agudizar las discusiones es, sin duda, el hecho de que cada autor emplea una terminología propia en la mayoría de los casos, lo cual hace más difícil unificar tanto los conceptos, como las características de esta alteración.

Teniendo en cuenta estos conflictos, se pasa a mostrar las clasificaciones más manejadas en nuestro país, y aun aquellas que no son aceptadas por la mayoría, pero que de cualquier manera es necesario presentar para que se aprecie el gran número de términos empleados por unos y otros autores, así como las diferentes características mencionadas para referirse a un mismo fenómeno.

1.- Clasificación de la *American Speech Correction Association*. (Sociedad Americana de Corrección del Lenguaje)

1.1 AFASIA. Pérdida del lenguaje oral y escrito. Se clasifica en:

- 1.1.1 AGRAFIA. Pérdida de la habilidad para escribir
- 1.1.2 AMUSIA. Pérdida de la habilidad para establecer asociaciones musicales (...)
- 1.1.3 AMIMIA. Falta de habilidad en el lenguaje mímico.
- 1.1.4 LOGOFASIA. Imposibilidad para expresar ideas por medio del lenguaje.
- 1.1.5 ALEXIA. Ceguera de palabras. El paciente ve lo que está escrito pero no puede leer porque no reconoce los símbolos gráficos del lenguaje.
- 1.2 AFASIA SENSORIAL. Pérdida de las asociaciones auditivas verbales. Se clasifican en:
 - 1.2.1 AFASIA AUDITIVA O SORDERA VERBAL. Incapacidad para entender el sentido de las palabras habladas.
 - 1.2.2 SORDERA PSIQUICA. El sujeto escucha la palabra y puede repetirla pero no la comprende.
 - 1.2.3 AMUSIA SENSORIAL. Sordera a los tonos musicales.
 - 1.2.4 AFASIA VISUAL. Alteraciones en el funcionamiento intelectual del lenguaje debido a la falta de coordinación entre la imagen verbal y objetiva. A su vez comprende la ceguera intelectual, la ceguera mental y la

ceguera psíquica.

- 1.2.5 AGNOSIA. Pérdida de la capacidad para reconocer a las personas y las cosas.
- 1.2.6 ALEXIA. Pérdida de la capacidad para leer.
- 1.3 AFASIA MIXTA:
 - 1.3.1 AGRAMAFASIA. Ensalada de palabras (...)
 - 1.3.2 HIPOFASIA. Lentitud y monotonía del lenguaje.
 - 1.3.3 BRADIFASIA. Habla titubeante.
 - 1.3.4 CATAFASIA. Repetición constante de la misma expresión.
 - 1.3.5 PARAFRASIA. Sustitución de palabras. (7)

2 CLASIFICACION DE NIELSEN

- 2.1 AFASIA MOTORA O DE BROCA.
 - 2.1.1 TRANSCORTICAL. Cuando se afectan las zonas adyacentes a las áreas motoras.
 - 2.1.2 SUBCORTICAL. Cuando la lesión está en una región subcortical.

(7) Nieto, Margarita. Anomalías del Lenguaje y su Corrección. 1981. pp. 126-128

2.2 AFASIA SENSORIAL O DE WERNICKE.

2.2.1: SUBCORTICAL.

2.2.2 AMNESICA.

3 CLASIFICACION DE HENRI HEAD

3.1 VERBAL. Toda dificultad en la expresión y comprensión de la palabra.

3.2 SINTACTICA. Comprende los errores de construcción gramatical y sintáxica.

3.3 NOMINAL. Dificultad para recordar ciertos nombres y la formación simbólica de la lectura y escritura.

3.4 SEMANTICA. Alteraciones en la correlación de frases y oraciones y en la secuencia de ideas.

4 CLASIFICACION DE GOLDSTEIN

4.1 AFASIA PURA. Alteraciones motoras o perceptivas del lenguaje.

4.2 AFASIA CENTRAL. Alteraciones en el lenguaje interior y en los procesos de elaboración que preceden al acto motor.

4.3 AFASIA AMNESICA. Fallas en la intelectualización del -
lenguaje. Dificultad para encontrar las palabras ade-
cuadas.

5 CLASIFICACION DE WEPMAN

5.1 AFASIA EXPRESIVA. Cuando predominan síntomas motores.

5.2 AFASIA RECEPTIVA. Predominio de síntomas sensoriales.

5.3 AFASIA EXPRESIVA-RECEPTIVA. Síntomas mixtos.

5.4 AFASIA GLOBAL. Cuando el daño es muy serio y se encuen-
tran afectados todos los aspectos del lenguaje, por lo
que se dificulta determinar la naturaleza de los tras-
tornos.

5.5 AGNOSIA. Pérdida de la habilidad para reconocer objetos
o símbolos a través de las vías sensoriales.

5.6 APRAXIA. Pérdida de la habilidad para la ejecución de -
los movimientos simples voluntarios, alterándose las -
unidades de acción del lenguaje.

6 CLASIFICACION DE PIERON

6.1 AFASIA VERBAL. Toda dificultad de la expresión y com-
prensión de la palabra.

6.2 SORDERA VERBAL. Falta de reconocimiento de los sonidos y palabras.

6.3 AFEMIA. Síntomas predominantemente motores.

6.4 AGRAFIA. Falta de habilidad en la escritura.

7 CLASIFICACION CLASICA O TRADICIONAL

7.1 AFASIA MOTORA O DE BROCA. Abarca los trastornos del lenguaje en su fase motora.

7.2 AFASIA SENSORIAL O DE WERNICKE. Abarca todas las modalidades del lenguaje oral y simbólico en su fase sensorial o receptiva.

7.3 AFASIA MIXTA. Comprende las alteraciones de tipo mixto o sea, una combinación de síntomas motores y sensoriales. (8)

8 CLASIFICACION DE HECAEN

EN EL LENGUAJE ORAL:

8.1 AFASIAS DE EXPRESION.

8.1.1 AFASIA DE REALIZACION FONEMATICA.

(8) Ibidem. p. 199-200

8.1.1.2 AFASIA AGRAMATICA O TRASTORNO DE LA REALIZACION -
SINTACTICA.

8.1.1.3 AFASIA DE CONDUCCION O DE LA PROGRAMACION DE LA -
FRASE.

EN EL LENGUAJE ESCRITO:

8.2 AGRAFIAS.

8.2.1. AGRAFIAS PURAS. (9)

9 CLASIFICACION DE KONORSKY

9.1 AFASIA AUDITIVO-VERBAL. Predominio de dificultades en la repetición, mientras que la comprensión y la denominación están suficientemente conservados.

9.2 AFASIA AUDIO-VISUAL. Caracterizada por trastornos bastante selectivos en la comprensión del lenguaje.

9.3 AFASIA VISUO-VERBAL Con defectos predominantes en la denominación de objetos.

9.4 AFASIA CINESTESICO-VERBAL. Con compromiso en las series o con agramatismos, con una adecuada conservación en la comprensión del lenguaje. (10)

(9) Hécaen, Henry. Afasis y Apraxias. 1977. pp. 39-43

(10) Azcoaga, Juan. Trastornos del Lenguaje. 1974. pp. 146-147

10 CLASIFICACION DE WEPMAN Y JONES

- 10.1 AFASIA SINTACTICA. Configurada porque los pacientes no pueden utilizar las partículas de la oración y presentan, por lo tanto, agramatismos. Pueden denominar los objetos y seleccionar y sustituir los vocablos.
- 10.2 AFASIA SEMANTICA. Caracterizada por la pérdida de la relación significante-significado.
- 10.3 AFASIA FRAGMATICA. El sujeto mantiene buena prosodia y requisitos mínimos de comunicación dados por significados ligados a situaciones concretas.
- 10.4 AFASIA GLOBAL. Definida por la pérdida de las funciones del lenguaje excepto, tal vez, algunas expresiones automáticas. (11)

Como se ha podido apreciar, las clasificaciones que existen sobre la afasia son múltiples y variadas, pero por lo que aquí se refiere se ha decidido tomar como punto de preferencia la *Clasificación Clásica o Tradicional*, para explicar las características y variedades de los síndromes afásicos en general, y las consecuencias que ellos tienen en el aprendizaje del sujeto que los padece.

(11) Ibidem. p. 148

La elección de esta clasificación responde al hecho de que ella contempla todos los aspectos del lenguaje que pueden estar alterados, tanto en la fase motora como en la sensorial y en ambas fases simultáneamente. Las formas afásicas que contempla esta clasificación son las siguientes:

- A) AFASIAS MOTORAS. Contemplan las perturbaciones expresivas del lenguaje.
- B) AFASIAS SENSORIALES. Abarcan todas las variedades del lenguaje simbólico y oral en su aspecto sensorial o receptivo.
- C) AFASIAS MIXTAS. Se refieren tanto a síntomas motores como sensoriales.

Los autores, en su gran mayoría, manejan esta clasificación tradicional, pero también utiliza cada uno de ellos una nomenclatura específica, muy personal. De ahí que agrupemos primeramente los términos que más comúnmente se emplean para referirse a un mismo tipo de afasia.

1. AFASIAS MOTORAS, llamadas también:
 - Afasia Motriz o de Broca (según los clásicos).
 - Anartria (según Paul Pierre Marie).
 - Afasia Verbal (según Henry Head).
 - Síndrome de desintegración Fonética (según Alajouanine, Ombredane y Durand).

- Afasia Motora Cortical (según Juan Azcoaga).
- Afasias Motoras (según A. R. Luria).
- Afasia Expresiva (según Weisenburg y McBride).

2. AFASIAS SENSORIALES, conocidas también como:

- Afasia (según Wernicke).
- Afasia Sensorial (según Goldstein y Luria).
- Afasia Sintáctica (según Henry Head).
- Afasia Receptiva (según Weisenburg y McBride).
- Afasia Verbal (según los Clásicos).

3. AFASIAS MIXTAS, llamadas también:

Afasia Sensoriomotora (según Schuell).

Afasia Mixta (según Nieto, Azcoaga y los clásicos).

A pesar de esta variada terminología, parece haber un acuerdo casi universal en cuanto a la etiología, sintomatología y pronóstico de recuperación del afásico, aunque no se desechan los posibles desacuerdos al respecto.

Ahora bien, antes de pasar a describir los diferentes síndromes afásicos, hay que enumerar las características más generales sobre los tres grandes grupos de afasias -motoras, sensoriales y mixtas-, para analizar posteriormente los

síndromes correspondientes a ellos.

CARACTERICAS GENERALES DE LAS AFASIAS MOTORAS

Las afasias motoras o expresivas son aquellas en las cuales "(...) el paciente sabe lo que quiere decir, pero no puede expresar las palabras a causa de una lesión del centro de los movimientos coordinados necesarios para articular las palabras correspondientes". (12)

En relación a esta forma de afasia los autores consideran que se debe a una lesión que afecta la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo o área de Broca.

Sin embargo, Luria (1974) presenta los resultados obtenidos por Nissl Von Mayendorf y Goldstein, quienes observaron en algunos de sus pacientes la presencia de afasia motora sin que el área de Broca manifestara lesión alguna.

No se ha podido explicar el por qué de estos casos, pero lo que sí se puede decir es que todos estos resultados son útiles para volver a insistir en el hecho de que resulta

(12) Salvat. Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas. 1980. p. 21

imposible y erróneo tratar de generalizar, con respecto a causas, como a las consecuencias que puede ocasionar una lesión de este tipo y esperar que todos los sujetos manifiesten los mismos síntomas.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, podemos decir que la mayoría de los individuos que han sido diagnosticados como afásicos motrices presentan una comprensión normal, pero los problemas surgen cuando intentan emitir una palabra o frase, ya que en ocasiones han perdido por completo el habla. De ahí que cuando logran emitir una palabra o frase, siguen empleándola continuamente hasta lograr emitir una segunda. Por esta razón se ven imposibilitados a sostener una conversación; sobre todo porque tienden a retroceder a formas gramaticales más simples y, en ocasiones, cuando se trata de una lesión grave, generalmente son incapaces de emitir un "sí" o un "no", y emiten sonidos desarticulados.

En los casos en que la lesión es leve, el afásico, generalmente, utiliza un repertorio verbal reducido, o bien producen transposiciones de fonemas "nesa" por "mesa", pero a fin de cuentas el interlocutor puede comprender fácilmente el sentido de las mismas. Por otro lado, cuando se les dan órdenes demasiado complejas, es capaz de ejecutarlas satisfactoriamente; sin embargo, cuando se le pide que exprese -

por escrito dichas órdenes o alguna historia, no consigue hacerlo con éxito, ya que únicamente escribe el principio de la frase, para lo cual emplea agramatismos que hacen imposible la comprensión de sus escritos. Pero, resulta interesante observar que cuando se trata de copiar un texto, el afásico motriz es capaz de hacerlo satisfactoriamente.

De estas manifestaciones se deduce que el afásico motriz se caracteriza en la mayoría de los casos, por una alteración ligera o grave -según el caso- de la expresión oral y primordialmente de la gráfica. Las perturbaciones en la sensibilidad son frecuentes y pueden manifestarse desde un ligero déficit en el reconocimiento de los objetos por medio del tacto, hasta una marcada astereognosia, es decir, la incapacidad para reconocer los objetos a través del tacto.

Dentro de las afasias motrices, como se mencionó con anterioridad, existen ciertos síndromes característicos que enseguida son señalados. Sin embargo, haremos notar que muchos de estos términos son controvertidos y en ocasiones, definidos de manera muy distinta entre los autores. Nosotros respetamos la forma como han sido expuestos por la Clasificación Clásica o Tradicional.

SINDROMES AFASICOS DE NATURALEZA MOTRIZ.

- Apraxia Motora.
- Agrafia Motora.
- Logofasia.
- Alexia.
- Amusia.
- Amimia.

APRAXIA MOTORA

Este término se refiere a la imposibilidad o torpeza del individuo para realizar movimientos voluntarios, ya sean simples o imitativos, debido a la pérdida de los engranes motores que controlan los movimientos. Dicha torpeza o imposibilidad se manifiesta al tratar de ejecutar o imitar un movimiento que requiere una acción, a pesar de que la persona comprende claramente las órdenes que se le dan.

A raíz de esta alteración, la persona tiene con frecuencia dificultades para utilizar el compás, el lápiz, la tijera y principalmente para emitir la palabra espontánea o imitada. En ocasiones el sujeto puede caer en un mutismo total o bien producir simplemente sonidos inarticulados.

AGRAFIA MOTORA

El término agrafía fue utilizado desde 1867 por William Ogle quien se refería a la incapacidad del sujeto para escribir. Se caracteriza en general porque la persona que la padece sabe lo que quiere escribir pero ha olvidado los movimientos necesarios de la mano para hacerlo. Cuando intenta copiar un texto puede conseguirlo con éxito, aunque con grandes problemas. Por tanto, su escritura espontánea, al igual que el dictado, están comúnmente más afectados que la copia.

LOGOFASIA

La persona que padece el síndrome de logofasia manifiesta una marcada imposibilidad para expresar sus ideas por medio del lenguaje, a pesar de que sabe perfectamente qué es lo que desea decir.

ALEXIA

La alexia es llamada también "ceguera de palabras". Se caracteriza porque la persona que la padece puede ver lo que está escrito, pero no consigue leerlo ya que no reconoce los símbolos gráficos del lenguaje.

Esta "ceguera" no se debe a un problema de percepción visual, pues cuando se le muestra un objeto es capaz de nombrarlo sin que su lenguaje presente alguna alteración; en algunos casos pueden reconocer las letras de manera aislada, o bien deletrear palabras escritas para sí mismo hasta que logra una "lectura" con bastantes tropiezos, la cual va perfeccionando con un poco de práctica.

AMUSIA

Con el término amusia se designa el trastorno que sufre el individuo cuando es incapaz de identificar o de reconocer los sonidos musicales que escucha. Según la mayoría de los autores, existen tres formas diferentes de amusia:

a) Amusia Sensorial. Se refiere a la falta de reconocimiento de la música en general, por parte de la persona que la padece.

b) Amusia Motora. Es la incapacidad que manifiesta el sujeto para cantar o emitir algún sonido musical.

c) Amusia Motora Instrumental o Apraxia Musical. El sujeto se ve incapacitado para usar un instrumento musical, aunque la potencia motriz se encuentre intacta. En ocasiones es incapaz hasta de manipularlo adecuadamente aunque sea un instrumento que ha tocado toda su vida y que por ello le

resulta familiar.

Cuando la lesión se ha marcado como realmente severa, en ocasiones se ha llegado a comprobar que el sujeto que padece cualquiera de estas formas de amusia, llega a cantar, o por lo menos a tararear una canción que le es familiar.

AMIMIA

El síndrome de amimia se refiere a la falta de habilidad que muestra el sujeto para comunicarse a través de su lenguaje mímico, es decir, a través de signos y gestos.

Parece que los seis síndromes presentados aquí son los más comunes entre la población de afásicos motrices, aunque no por ello se descarta la posibilidad de que autores no consultados para este trabajo hagan mención a otros tantos no referidos aquí, y que por ello pueden provocar cierta confusión en el lector.

Enseguida se pasa a tratar el grupo de las afasias sensoriales, así como sus respectivos síndromes:

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS AFASIAS SENSORIALES

La afasia sensorial resulta ser la más común y generalmente es causada por una lesión en la parte posterior de la primera circunvolución temporal.

Las personas que padecen este trastorno muestran una marcada perturbación en la percepción y en la comprensión verbal; también su habla espontánea se halla sumamente alterada. La realización motora de la palabra no está deformada, pero sí se observan sustituciones que a la larga producen las llamadas "parafasias", es decir, las palabras mal aplicadas, razón por la cual resulta muchas veces imposible comprender el lenguaje de estas personas. En ocasiones, no se trata sólo de simples sustituciones sino de una total deformación de las palabras, de ahí su nombre de jergafasias: aplicación de sílabas o palabras sin sentido alguno.

Cuando se trata de casos extremos la incomprensión verbal es absoluta. Aún las órdenes más sencillas, tales como: "abra los ojos", les resultan imposibles de ejecutar. Por otro lado, si pueden leer en voz alta, aunque por lo general, son incapaces de comprender lo que están leyendo.

En lo que a escritura se refiere, puede ser abundante pero incomprensible, ya que deforman a tal grado las palabras que llegan a perder todo sentido. Muestran también claras dificultades para discriminar los sonidos del lenguaje y de ahí su confusión para diferenciar unas palabras de otras.

SINDROMES AFASICOS DE NATURALEZA SENSORIAL

- Agnosia.
- Agnosia auditivo-verbal o sordera verbal.
- Agrafía agnósica.

AGNOSIA

La agnosia se refiere a la imposibilidad del sujeto para reconocer los objetos, las personas, los sonidos o espacios. En ocasiones le resulta realmente imposible identificar un objeto que tiene a simple vista, pero puede nombrarlo en cuanto lo toma entre sus manos. Aunque es posible que se de el caso contrario, esto es, que no reconozca el objeto a través del tacto, pero sí en cuanto lo ve. De ello se desprende que a partir de la función sensorial afectada se da nombre a la agnosia, la cual puede ser táctil, visual, auditiva, etc.

AGNOSIA AUDITIVO-VERBAL O SORDERA VERBAL

Se conoce como agnosia auditivo-verbal a la incomprensión de la palabra oral, aun cuando su audición no sufra en absoluto ninguna alteración. Por tanto, no es aceptable adjudicarle la no comprensión de órdenes a trastornos auditivos, ya que demuestra ser capaz de escucharlas, mas no de llevarlas a cabo.

AGRAFIA AGNOSICA

La persona que padece agrafia agnósica puede copiar algún texto, pero no alcanza a comprender el sentido de éste. Puede escribir ciertas letras de manera aislada aunque casi nunca logre formar palabras con sentido.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS AFASIAS MIXTAS

Los trastornos afásicos de tipo mixto comprenden alteraciones motoras y sensoriales, en un mismo sujeto. Esta modalidad, de acuerdo con Nieto (1981) aparece en los días inmediatos al accidente cerebral y, poco a poco, las perturbaciones van acentuándose más en alguno de estos dos aspectos; disminuyen o desaparecen en el otro. Resulta sumamente difícil

encontrar un caso de afasia mixta "pura", es decir, que el sujeto esté afectado en un cincuenta por ciento en su fase expresiva y otro cincuenta por ciento en su fase receptiva.

El estudio de esta forma de afasia resulta difícil de estudiar, ya que la mayor parte de los autores consideran que se presenta sólo momentáneamente o por lo menos durante los primeros días que siguen al accidente. Por esta razón se remiten únicamente al estudio de dos formas de afasia: motriz y sensorial, aunque ello no evita que se hayan observado ciertos síndromes característicos de afasia mixta.

SINDROMES AFASICOS DE NATURALEZA MIXTA

- Parafasia.
- Agramafasia.
- Bradifasia.
- Catafasia.
- Paragrafia.

PARAFASIA

La parafasia se refiere a las modificaciones que hace el sujeto a la estructura de la palabra.

De acuerdo con la mayoría de los estudiosos, existen diferentes tipos de parafasias. Según Azcoaga (1974) las más comunes son: las *parafasias literales*, que se manifiestan en sustituciones de algunas letras de una palabra. Por ejemplo, "mosa" por "mesa"; en las *parafasias silábicas* el sujeto sustituye una o más sílabas de la palabra, conservando el número inicial de sílabas y el acento prosódico. Por ejemplo, "trona" por "broma"... Finalmente están las llamadas *parafasias verbales*, en las cuales el sujeto sustituye por completo la palabra original, sin dejar rastro alguno. Por ejemplo, "fierro" en lugar de decir "moneda". Aunque cambia la estructura de la palabra inicial sigue conservando el significado original.

AGRAMAFASIA

En la agramafasia se trata de la utilización de una especie de lenguaje que deja fuera toda regla gramatical, de ahí que la *American Speech Correction Association* denomina a este trastorno como "ensalada de palabras", pues el individuo busca comunicarse por todos los medios, sin importarle cómo.

BRADIFASIA

La persona que sufra bradifasia manifiesta un habla dudosa que en ocasiones da la impresión de estar pensando las palabras que va a decir, sin precipitarse, pues de hecho no actúa rápidamente.

CATAFASIA

La catafasia está referida a la constante repetición de una misma palabra, frase o expresión, la cual utiliza sin cesar.

PARAGRAFIA

Con el término de paraGRAFIA se denominá la incapacidad que muestra el sujeto para escribir, aun cuando puede comprender las palabras. Muchas veces, en su afán por escribir, cambia totalmente las letras. Si trata de expresarse oralmente, su habla también muestra serias deformaciones.

Se han presentado los síndromes afásicos más comunes en sus tres distintas modalidades, insistiendo en que tal vez no sean los únicos, pero han sido los más observados en

los diferentes casos citados por los autores aquí consultados.

Con respecto a las clasificaciones y sus respectivos síndromes ha sido expuesto todo un conjunto de ellos; es claro que de alguna manera hacen más complicado el estudio de la afasia. Para tratar de disminuir en algo el problema que representan estas clasificaciones se ha considerado más acertado decidirse por una clásica o tradicional, por el simple hecho de que ésta alcanza a contemplar los aspectos básicos del lenguaje.

Por lo que a terminología se refiere, se decidió manejar la que la mayoría de los autores y estudiosos de la afasia emplean con más frecuencia para hacer más sencilla su comprensión.

Finalmente se quiere hacer hincapié en que todo lo expuesto anteriormente representa una mínima parte de lo realizado por los grandes conocedores de esta área tan controvertida. No se quiere pues, cerrar este apartado con un punto final, sino dejar abierto el renglón para todas aquellas investigaciones y descubrimientos que tratan de hacer algo en provecho de los afásicos, no sólo en el extranjero, sino también en nuestro país.

2.3 TESTS QUE MAS SE UTILIZAN EN CASOS DE AFASIA

Para poder llevar a cabo una detección certera de las facultades que conserva el sujeto afásico, o bien de los trastornos que se observan en él, se hace necesaria la aplicación de pruebas especializadas que lleven a un análisis más detallado del lenguaje en todas sus modalidades habituales, así como a la determinación de la naturaleza de su alteración para poder emitir un pronóstico adecuado de su recuperación. Para ello se hace necesario contar con el máximo de información y comprensión de lo que ha sucedido a esta persona. De esta manera el examinador sabrá qué hacer y cómo actuar, con un objetivo definido de antemano. Así mismo es requisito que los tests para afásicos evalúen exactamente las áreas del lenguaje que lo requieran, para determinar el porqué de su deterioro y puedan proponer alternativas de rehabilitación. Debe tenerse en cuenta además, que estos tests no se administrarán únicamente para obtener datos numéricos que sinteticen los errores totales del afásico, sino más bien para percatarse de lo que puede o no puede hacer el sujeto en un ambiente controlado.

Como ya se mencionó, la Segunda Guerra Mundial representó el deseo de muchos investigadores de profundizar más en el terreno de la afasia. Muestra de ello fue la respuesta

de quienes publicaron un gran número de tratados relacionados con el tema, así como algunos test especializados para el tratamiento del afásico, entre los que destacan los siguientes: *Examining for Aphasia*, de Eisenson (1954); *Language Modalities Test for Aphasia*, de Wepman y Jones (1961); la escala de Sklar para la Afasia, también conocido como el SAS de Maurice Sklar (1963); el Diagnóstico Diferencial de la Afasia con el Test Minnesota, de Hildred Schuell (1948), y finalmente el Test Boston para el Diagnóstico de la Afasia, de Goodglas y Kaplan, realizado en 1973. Estos, al igual que muchos otros no mencionados, tuvieron sus raíces en los años posteriores a la guerra. Sus revisiones fueron realizadas de acuerdo a las necesidades de los afásicos del momento, en cada época; las pruebas complementarias en cada caso siguieron las mismas exigencias.

Con estos antecedentes y partiendo de manera particular de los datos proporcionados por las instituciones particulares y oficiales visitadas durante esta pequeña investigación, se logró comprobar que en México se utilizan varios test, pero sobre todo dos de ellos; cuyas características generales mencionaremos enseguida.

I. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA AFASIA CON EL TEST
MINNESOTA (1973)

El test Minnesota es resultado de quince años de pacientes observaciones realizadas en 157 sujetos afásicos, - quienes fueron atendidos por un equipo interdisciplinario en cabezado por la doctora Hildred Schuell, encargada de la patología del lenguaje, en colaboración con el psicólogo J. - Jenkins y el neurólogo clínico E. Jiménez Pabón. Este equipo llevó a cabo la primera edición del test en 1948 y su última revisión se realizó hasta 1973.

La batería que constituye el test abarca las siguientes áreas:

- Comprensión auditiva.
- Comprensión visual y de lectura.
- Comprensión del lenguaje oral.
- Comprensión visomotora y de escritura.
- Relaciones numéricas.
- Imagen corporal.

Los ítems que constituyen cada una de estas áreas son los siguientes:

COMPRESION AUDITIVA:

1. Reconocimiento de palabras.
2. Discriminación entre palabras apareadas.
3. Reconocimiento de palabras.
4. Repetición de oraciones.
5. Repetición de dígitos.
6. Indicaciones.
7. Reconocimiento de errores.
8. Párrafos breves.
9. Párrafos largos.
10. Items seriados.

COMPRESION VISUAL Y DE LECTURA:

11. Hallar semejanzas de formas.
12. Hallar semejanzas de letras.
13. Palabras con figuras.
14. Comprensión de oraciones.
15. Velocidad en lectura silenciosa.
16. Párrafo breve.
17. Párrafo largo.
18. Lectura oral.

- COMPRENSION DEL LENGUAJE ORAL:

19. Fonación.
20. Movimientos de la lengua.
21. Movimientos de la mandíbula.
22. Repetición de palabras.
23. Completar oraciones.
24. Días de la semana.
25. Contar hasta veinte.
26. Meses del año.
27. Nominación.
28. Rimas.
29. Definiciones.
30. Descripción de láminas.
31. Proverbios.
32. Similitudes.

- COMPRENSION VISOMOTORA Y DE ESCRITURA:

33. Copiar formas.
34. Copiar letras.
35. Dibujar una casa.
36. Reproducir una rueda.
37. Deletreo escrito.
38. Oraciones al dictado.

39. Párrafos espontáneos.
40. Numerales hasta veinte.

- RELACIONES NUMERICAS:

41. Manejo de dinero.
42. Manejo del reloj.
43. Combinaciones simples.
44. Problemas simples.
45. Adición, restas, multiplicación y división.

- IMAGEN CORPORAL:

46. Nombrar las partes del cuerpo.
47. Reconocimiento de las partes del cuerpo.
48. Orientación espacial.
49. Dibujo de la figura humana.
50. Armado de un maniquí.

Una vez aplicados todos los ítems correctamente, el examinador debe revisar la conducta específica que ha obtenido como respuesta al examen. Así mismo debe evaluar el rendimiento en cada una de las áreas mencionadas anteriormente, tomando como punto de partida la siguiente escala:

- (0) Se otorga cuando no hay deficiencia, es decir, cuando el rendimiento del afásico está dentro de los límites normales para la edad y el nivel de la educación.
- (1) Cuando existe una deficiencia leve; esto es, dificultades ocasionales que no alteran el rendimiento.
- (2) Cuando se presenta alguna deficiencia moderada: las dificultades son constantes y el rendimiento se presenta de manera limitada o deficiente.
- (3) Se da cuando hay deficiencia severa, cuando existe una alteración casi completa del rendimiento.

El examinador está en disposición de apreciar si existen: un deterioro observable del sistema auditivo; perturbaciones visuales; dificultades en la producción de los sonidos del habla; o bien, si el problema de la persona se refiere a una parálisis en la musculatura, a tal grado que su habla resulte ininteligible, pero que al utilizar la escritura demuestre que el lenguaje está intacto y que requiere, por tanto, de una rehabilitación primeramente de su parálisis, para que pueda ser entrenado en su lenguaje posteriormente.

Puede afirmarse que el presente test es una de las pocas herramientas para el diagnóstico válido de la afasia y, sobre todo, que es capaz de medir exactamente las modalidades del lenguaje, las cuales pueden o no estar afectadas. Aunque, según la autora del mismo, nada en el terreno de la afasia está terminado, pues es necesario adentrarse a las múltiples alteraciones de la memoria, del lenguaje y, principalmente, en la interferencia que un daño cerebral puede provocar en el aprendizaje del sujeto; se debe profundizar más aún en el conocimiento de los diferentes efectos que el daño cerebral ocasiona en cada persona ya que no afecta a todos por igual. De ninguna manera se debe asegurar que la persona que lo sufre ha de presentar forzosamente trastornos de tipo afásico, y mucho menos intentar aplicarle el test mencionado; se debe recalcar el hecho de que ningún test debe ser aplicado, a menos que el sujeto afásico se estabilice neurofisiológicamente, de otra manera los resultados quedan invalidados automáticamente, constituyendo así la excepción de la regla:

El segundo test que resultó ser de los más comúnmente empleados en nuestro país es la Escala de Sklar para la Afasia del cual se hará una breve exposición.

- ESCALA DE SKLAR PARA LA AFASIA (Revisión 1973)

Este test apareció en el año de 1963 y su última revisión fue realizada en 1973. Maurice Sklar, su creador, inició las investigaciones correspondientes en el Hospital Wadsworth de Los Angeles, California. Se fijó como objetivo inicial el poder llegar a comparar las alteraciones del lenguaje en sujetos afásicos y ahondar más en esa área realizando autopsias en personas con este trastorno.

Una vez concluida esta primera fase de sus estudios, Sklar descubrió que la importancia del test radica en los siguientes puntos:

- 1) Proporciona un método estandarizado para evaluar alteraciones o pérdida del lenguaje, las cuales pueden resultar de una lesión cerebral. Se estima con él la severidad de estas alteraciones.
- 2) Contempla aquellas áreas en las que puede estar alterado el lenguaje, tales como la comprensión verbal, la comprensión de la lectura, la expresión oral y la producción escrita.
- 3) Proporciona las bases necesarias para planificar el tipo de terapia requerida por el afásico.

La configuración del test, después de su última revisión, quedó limitada a cuatro subtests; el primero y el segundo comprenden la fase receptiva del lenguaje, el tercero y el cuarto se refieren a la fase expresiva. Lo anterior puede ilustrarse en el siguiente esquema:

A. FASE RECEPTIVA

SUBTEST I. COMPRENSION AUDITIVA-VERBAL

- 1) Identificación de las partes del cuerpo que menciona el examinador (comprensión auditiva-motora).
- 2) Comprensión de preguntas sencillas (orientación).
- 3) Identificación de palabras y objetos del medio ambiente (ambientación).
- 4) Identificación del uso de los objetos.
- 5) Recordar los objetos nombrados (memorización).

SUBTEST II. COMPRENSION VISO-VERBAL

- 1) Señalar palabras escritas (estímulo visual-motor).
- 2) Completar oraciones

3) Operaciones aritméticas.

4) Lectura en silencio.

B. FASE EXPRESIVA

SUBTEST III. COMPRESION AUDITIVA-ORAL

1) Repetición de frases y palabras.

2) Nombrar objetos.

3) Memoria instantánea.

4) Estructuración de oraciones.

SUBTEST IV. ESCRITURA

1) Identificación personal (nombre, edad, etc.).

2) Copia de textos.

3) Dictado.

4) Descripción de cuadros.

Antes de llevar a cabo la aplicación se hace necesaria una entrevista con el paciente para determinar el estado emocional de éste frente a su situación y posteriormente, con ayuda del test determinar el grado de severidad del daño. De acuerdo con esto, la Escala de Sklar contempla cinco formas de afasia, según el grado; en ellas puede quedar incluido

cualquier afásico. La clasificación que hace es la siguiente:

- A) AFASIA GLOBAL. La expresión oral y la comprensión del lenguaje están dañadas en el sujeto.
- B) AFASIA DE GRADO SEVERO. La escritura y el lenguaje oral están fuertemente alterados, pero se conservan ciertas palabras y frases estereotipadas con las cuales intenta comunicarse.
- C) AFASIA MODERADA. El lenguaje oral está alterado, pero en la mayoría de los casos puede mantener una conversación muy sencilla, principalmente sobre acontecimientos de su vida diaria.
- D) AFASIA LEVE. Existe posibilidad de mantener una conversación con el sujeto aunque en un momento dado puede manifestar dificultades para encontrar las palabras adecuadas; de ahí su necesidad de inventar nuevas palabras.
- E) AFASIA DUDOSA. En este caso el lenguaje del sujeto parece normal, pero el problema se presenta cuando intenta poner en práctica actos motores como la

escritura, los ejercicios de memoria o la comprensión - de algún texto o conversación.

El mismo Sklar considera que antes de aplicar este - test deben tenerse en cuenta ciertos factores, tales como:

- El estado de salud durante la examinación general del afásico.
- La causa de su afasia.
- El sitio y extensión de la lesión, así como la severidad de su trastorno.
- El curso de alguna recuperación espontánea.
- El comportamiento general de la persona a falta de su lenguaje.
- El tiempo entre la aparición de la afasia y la terapia que está recibiendo.
- La edad en que se inició el padecimiento.
- La capacidad intelectual del sujeto antes del trastorno.
- Los residuos de algún deterioro físico.

De igual manera se debe tener en cuenta que la situación de dicho sujeto no es nada agradable para él, ni para quienes lo rodean. La conducta indiferente o agresiva que pueda

presentar en un momento dado no debe sorprender en absoluto si se tiene en cuenta que por lo general pueden llegar a manifestar los siguientes cambios en su estado emocional:

- Labilidad emocional.
- Ansiedad.
- Depresión constante.
- Rechazos frecuentes a las labores propuestas por el examinador.
- Confusión en las labores, como consigo mismo, ya que generalmente no alcanza a comprender qué sucede con él.

Estas conductas no las presentan todos los afásicos, pero de acuerdo con los estudios realizados por los investigadores son éstas las más comunes.

- PUNTAJE E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Una vez aplicados los ítems correspondientes a cada uno de los cuatro subtests, las respuestas que proporciona el sujeto reciben un puntaje de 0 a 4 para cada uno; se interpretan de la siguiente manera:

0. RESPUESTA CORRECTA. Si la respuesta fue apropiada y dentro del tiempo límite que son 5 segundos.
1. RESPUESTA ATRASADA. Cuando se contesta de manera correcta pero se sobrepasan los 5 segundos.
2. RESPUESTA ASISTIDA. Si el sujeto responde correctamente pero requiere que la complete el examinador.
3. RESPUESTA DISTORSIONADA. Si no es del todo correcta pero la aproximación a ella es aceptable, según el criterio del examinador.
4. SIN RESPUESTA. Si el sujeto responde de manera totalmente absurda, fuera de sitio o no emite respuesta alguna.

La interpretación de los datos se realiza de acuerdo a la siguiente escala señalada por Sklar:

DETERIORO MINIMO. Si la persona obtuvo un puntaje entre 0 y 10, significa que no existen problemas afásicos a simple vista, pero que, sin embargo, al momento de comunicarse, su habla se muestra lenta y pierde por lo general la hilación de la misma.

DETERIORO MEDIO. Cuando ha obtenido entre 11 y 20 puntos, se dice que el problema del afásico es primordialmente en

el área oral y gráfica.

- DETERIORO MODERADO. De 21 a 60 puntos se considera que los canales de la comunicación están alterados a tal grado que el intento del afásico por echarlos a andar le causan generalmente fuertes disgustos o lo llevan a graves depresiones.
- DETERIORO SEVERO. Cuando obtiene de 61 a 90 puntos se considera que la comprensión, la expresión oral, la lectura y la escritura, están sumamente alteradas y únicamente conserva ciertas frases o palabras estereotipadas.
- DETERIORO GLOBAL O TOTAL. Si el sujeto ha obtenido de 91 a 100 puntos, existe, sin lugar a dudas, una clara pérdida de todas las formas posibles de comunicación, aunque se conserve cierta capacidad para reconocer personas, lugares o simplemente el medio que lo rodea.

Como el mismo Maurice Sklar lo advierte, no se debe caer absurdamente en el error de tomar los resultados de estos tests como los únicos datos existentes para determinar si una persona es o no afásica, mucho menos para asegurar que el puntaje obtenido nos da autorización para clasificarlo como capacitado o incapaz de recibir la rehabilitación respectiva, o para encajonarlo forzosamente en alguna de las modalidades que señala esta escala. Por ello es

recomendable y necesario contar con pruebas complementarias que sean consideradas como necesarias por el equipo de trabajo, si se pretende llegar a resultados más convincentes.

Se debe de tener presente que al emplear cualquier prueba para afásicos, los resultados serán notablemente variables. En este sentido Schuell (1976) sostiene que la mayoría de los estudiosos de la afasia han llegado a comprobar que los hallazgos de los tests no son seguros si se examina al afásico antes de que se haya estabilizado neurológicamente. Es por ello que se ha fijado un tiempo límite arbitrario de tres meses después del accidente, aunque se admite también que algunos individuos demuestran una importante recuperación espontánea antes de este lapso.

Por último se quiere dejar en claro que si bien existen diversos tipos de exámenes para afásicos, el presente trabajo se avoca a estos dos porque, según lo asegurado en las visitas realizadas, son los que se están utilizando con mayor frecuencia actualmente, tanto en México, como en el extranjero, aun cuando no se localice una sola copia en español del test Sklar.

Se informa que en nuestro país se cuenta con pruebas para afásicos que han sido elaboradas por mexicanos; son las -

siguientes: prueba ISSSTE, la IMAL (Instituto Mexicano de Audicción y Lenguaje) y una prueba del Hospital de la Raza, cuyo nombre no fue proporcionado.

Sin embargo hay un hermetismo y negativas totales para mostrarlas o cuando menos explicar su elaboración y contenido. El hecho de haber sido mencionadas por los entrevistados no autoriza la afirmación de que realmente existan. Por tanto debe decirse que en México no se cuenta aún con una sola prueba nacional que pueda ser reconocida por los expertos como válida para detectar a los afásicos sino que, en caso de que realmente se posean, todavía son de uso interno. Esto lleva a comprobar nuevamente que, muchas veces, en este país la imitación y utilización de modelos extranjeros, se hace necesaria, aún contra la voluntad de los nacidos en él; de no actuar así se estaría postergando todavía más el posible avance de un afásico mexicano.

Se considera esta una magnífica oportunidad para el pedagogo interesado en la problemática del afásico; junto con el equipo interdisciplinario que actualmente lo atiende, puede participar en la elaboración de sus propias pruebas, tomando como punto de partida a la población mexicana de afásicos, quienes requieren una atención que contemple sus necesidades, para que no sean ellos quienes se adapten a las

necesidades y a la realidad de los modelos extranjeros, que en la mayoría de los casos se utilizan muy a pesar de quienes se encargan de ello.

Este es el momento para que todos aquellos especialistas e interesados en este tipo de rehabilitación unifiquen sus conocimientos para hacer posible la creación de una prueba especial para estos pacientes, así como terapias de rehabilitación dejando a un lado egoísmos y hermestismo inútiles que no conducen a nada. Sobre todo debe tenerse presente que el único perjudicado es el enfermo, quien encuentra por ello un futuro incierto en nuestras sociedades.

CAPITULO 3

LOS AFASICOS DEL D.F.

3.1 LA SITUACION DE LOS AFASICOS EN EL D.F. CON BASE EN LOS DATOS QUE PROPORCIONARON ALGUNAS INSTITUCIONES PRIVADAS Y OFICIALES.

Para llegar a tener conocimiento del número aproximado de los afásicos que habitan en el Distrito Federal, es forzoso efectuar una investigación en las instituciones que tienen a su cargo la rehabilitación de los mismos. Inicialmente nos fijamos un promedio de 84 instituciones y 20 especialistas que atienden de manera particular a estas personas. No fue fácil tener acceso a ellas; sólo ocho centros nos lo permitieron, y con muchas limitantes. Por ello, la muestra obtenida es mínima, pero consideramos que inicialmente es suficiente porque permite percibir, a grandes rasgos, la situación por la que atraviesan este tipo de enfermos dispersos por la capital del país.

La brevedad de la información no le resta importancia. Fue proporcionada honestamente por personas interesadas en este problema.

Para obtener los datos tomamos como punto de partida una

entrevista semidirigida, misma que fue modificándose a medida que fuimos adentrándonos en la problemática específica, y, sobre todo, conforme fue aumentando el interés o la resistencia de los entrevistados.

A pesar de todas estas adversidades queremos hacer público que entre los obstáculos más difíciles de salvar estuvieron, entre otros, los trámites burocráticos y la falta de formalidad por parte de las instituciones que habían aceptado colaborar con nosotros previamente, y que, llegado el momento, negaban nuestras gestiones anteriores.

No obstante, pudimos darnos cuenta de que el profesionalta encargado de la rehabilitación del afásico a nivel lingüístico está constituido por el terapeuta del lenguaje, en un 95%; el 5% restante lo conforma el maestro con conocimientos generales en educación especial, pero éste no cuenta con ninguna especialización en problemas afásicos.

Los porcentajes señalados están integrados, en la gran mayoría de los casos, en equipos interdisciplinarios constituidos primordialmente por un NEUROLOGO, quien determina la naturaleza, el sitio y la extensión de la lesión que está ocasionando la afasia. Junto a él se encuentra, casi siempre, el MEDICO GENERAL, mismo que trata de complementar el -

reporte del primero, con un examen completo del paciente, para detectar cualquier otra función que pudiera estar alterada. En seguida se encuentran el PSICOLOGO y/o el PSIQUIATRA, dependiendo del tipo de la clínica. Son solicitados únicamente en los casos en que el resto del equipo lo juzgue conveniente y necesario: por ejemplo, cuando el paciente, debido a su nueva situación, cae en estados depresivos profundos de tal magnitud que se va dejando morir lentamente; solamente una atención adecuada, recibida a tiempo, logrará ayudarlo. También forma parte del equipo el TERAPEUTA especializado en AUDICION, quien, a juicio de los entrevistados es -al igual que el terapeuta del lenguaje- uno de los elementos más importantes del grupo, ya que por su labor puede llegar a conocer más detalladamente el avance diario del afásico, su estado de ánimo y la actitud que éste asume frente a su condición. Aunque no siempre se logra tal actuación de dichos profesionistas.

Desafortunadamente, no todas las instituciones visitadas cuentan con el grupo de profesionistas antes señalado; algunas sólo disponen de servicios de terapias en lenguaje, mientras que otras contemplan de manera mucho más amplia todo lo referente a la rehabilitación orgánica del sujeto. Para contrarrestar esta carencia se tiende a canalizar al paciente a los centros donde se les puedan aplicar los estudios faltantes.

Además de estas carencias encontramos también que existe un franco rechazo hacia el sujeto afásico, por parte de la familia y el grupo social que lo rodea. Aunado lo anterior a que muchas veces el concepto que el afásico tiene de sí mismo obstaculiza su recuperación; existe en la mayoría de ellos un autodesprecio que con frecuencia termina en fuertes estados depresivos que los orillan a la apatía y, en casos más graves, a la búsqueda de válvulas de escape que se les presentan como más inmediatas para terminar con su problema poniendo fin a su existencia mediante el suicidio o, simplemente, la indiferencia total.

Es muy común también encontrarlo como blanco de burlas debido a la manera en que intenta comunicarse o comprender a los demás, pues éstos consideran a la afasia como una especie de demencia profunda. Las más de las veces se les acusa injustamente de encontrarse bajo los efectos del alcohol o de alguna droga, cosa aprovechada, incluso por su propia familia para recluirlos en algún centro para enfermos mentales o en aquellos en los que se atiende a personas con problemas de drogadicción o alcoholismo. Ante todo esto cabe preguntarse si los afásicos encuentran verdaderos estímulos para seguir viviendo en una sociedad que los desprecia y rechaza sin miramientos.

Como hemos venido señalando a lo largo de este trabajo, la presencia de un individuo afásico, como la de cualquier otro que padezca de alguna limitación física o mental, puede ser un factor determinante de desequilibrio en el grupo familiar, tanto en los aspectos psicológico y social, como en el económico. Esto conduce, generalmente, a situaciones realmente lamentables, en tanto el problema no sea ubicado y comprendido adecuadamente. En la mayoría de los casos la propia familia interrumpe u obstaculiza la recuperación al resistirse a aceptar la nueva condición del sujeto. Tratan inútilmente de buscar soluciones inmediatas para ocultarlo de los demás, recurriendo absurdamente, inclusive, a charlatanes o curanderos en su intento por evadir la realidad. Lo único que logran, a fin de cuentas, es postergar el tratamiento del sujeto o su recuperación total. Lo anterior demuestra una falta de interés por conocer y comprender la verdadera condición del afásico y un marcado egoísmo al pretender desconocerlo o, sencillamente, negarlo para evitarse el enfrentamiento con la sociedad.

La familia misma desconoce, en la mayoría de los casos, que existen innumerables cambios en la personalidad del sujeto afásico, que pueden hacerlo aparecer ante familiares y amigos como una persona totalmente distinta. Para evitar posibles fricciones con el paciente es recomendable que los

miembros de la familia reciban un entrenamiento acorde al caso particular que tienen en su hogar, primeramente, y de este modo se la posibilita para que pueda cooperar con el equipo de trabajo que llevará el caso.

El pedagogo sería el profesionista adecuado para orientar a la familia y para ayudar al afásico a salir adelante. Haría ver a ésta que el sujeto requiere ahora de cuidados especiales, explicándoles la situación con conocimiento de causa.

Con todo esto queremos hacer pública la necesidad de que el equipo interdisciplinario, además de contribuir a la recuperación del afásico, atienda a la familia y allegados que deseen y puedan participar en el programa de rehabilitación, ya que las instituciones, tanto privadas como oficiales, se ven imposibilitadas o impreparadas para llevar a cabo una tarea de tal envergadura. Esta situación demanda la búsqueda inmediata de alternativas viables, urgentes, que sean responsabilidad del pedagogo, principalmente, para llevar a cabo la reeducación del afásico en el menor tiempo posible. Estas alternativas serán señaladas en apartados posteriores.

Por otro lado, encontramos que aquellos pacientes que aparentemente llegan a ser detectados como afásicos en

instituciones, son atendidos de manera particular por cada uno de los profesionistas que conforman el equipo interdisciplinario que supuestamente lo atiende. Hasta donde pudimos ver, parece ser que el contacto con el paciente se reduce únicamente con el terapeuta del lenguaje que es sobre quien recae la responsabilidad de tener, hasta cierto punto, informada a la familia del avance del afásico. En ocasiones este mismo reporte se limita a señalar aquellos aspectos del lenguaje que se encuentran más alterados y que, por tanto, requieren una mayor ejercitación. En muy contados casos proporciona datos acerca del estado emocional que manifiesta el sujeto durante las sesiones. Es entonces que resulta indispensable la comunicación entre los profesionistas que tratan el caso para estar alerta a los posibles signos de fatiga, tensión o agresividad que pudiera presentar el afásico, haciendo así efectivo el proceso terapéutico, y no traumático. De esta manera el afásico descubrirá actividades accesibles que le permitirán recuperar la confianza en sí mismo y, sobre todo, en quienes se encargan de llevar a cabo su recuperación máxima, institucionalmente.

Cuando se logre establecer una verdadera relación entre el afásico, el grupo interdisciplinario y la familia, no habrá motivo para temer reacciones catastróficas, por el contrario, se habrá estimulado la confianza del sujeto frente

a sí mismo y frente a los demás, con lo cual podrá asegurarse una verdadera o efectiva recuperación, de antemano.

3.2 ALGUNOS PROBLEMAS CON QUE SE ENFRENTA EL AFASICO

Como se ha venido mencionando, la mayoría de los sujetos afásicos no sufren solamente trastornos en el área del lenguaje, sino en toda su personalidad. Esto es comprensible hasta cierto punto, ya que, si después de 30 ó 40 años de vida un sujeto queda sin habla repentinamente, o sufre ciertas alteraciones en el lenguaje, es lógico que ello repercuta en todo su ser. Inicialmente quienes lo rodean no saben qué actitudes tomar. Con frecuencia provocan desconcierto y conflictos en el sujeto, ya que éste es capaz de percibir los errores que se cometen con él, aunque no puede hacer nada por manifestarlo, a menos que caiga -como suele suceder- en estados de euforia o depresión de tales dimensiones que descontrolen todavía más a quienes lo atienden.

La información obtenida nos permite confirmar además, que están descuidadas facetas muy importantes en la rehabilitación, como son la educativa y la laboral, en las que creemos que se requiere una atención urgente, pues el sujeto, una vez recuperado -total o parcialmente- tendrá que reincorporarse a un sistema productivo y social para lo cual es necesario tener ciertas habilidades y una determinada preparación que le permita desempeñar un trabajo decoroso.

Desafortunadamente, al sujeto afásico se le da un trato de "niño grande" en las instituciones que lo llegan a detectar como tal. El material didáctico que se emplea con él es precisamente el elaborado para niños que presentan problemas de lenguaje. Lo que da pie para pensar que se le tiene catalogado como una persona incapaz de razonar por sí solo, por la sencilla razón de que, a veces, muestra claros indicios de regresiones a un nivel de pensamiento más primitivo. Ello nos demuestra una falta de conocimientos por parte de quienes lo tratan y conviven con él, así como también una indiferencia clara por adentrarse en su problemática y colaborar con su tratamiento.

Nos encontramos también con una falta total de centros educativos o de capacitación laboral especializados en afásicos, por lo que la tendencia general es de canalizarlos a clínicas, hospitales o bien recluírlos en sus propios hogares. Creemos conveniente mencionar aquí el caso de una ex-afásica que perteneció al ejército mexicano, y que actualmente trabaja en el Departamento de Rehabilitación de Audición y Lenguaje del Hospital Militar. En dicho lugar está tratando de localizar a aquellos que, padeciendo de afasia, están equivocadamente recluidos en centros psiquiátricos, asilos o cárceles, principalmente, con el fin de evitar que se cometan con ellos los mismos errores que se cometieron con su propia

persona. Habiendo padecido en carne propia desprecios y malos tratos, aún de su misma familia, pretende evitar que se les considere como débiles mentales o como enfermos contagiosos. La tarea de esta persona que pidió permanecer en el anonimato, es realmente encomiable.

Como pedagogos conscientes de que nuestra sociedad exige a diario un mayor fortalecimiento del saber a todos los niveles, tenemos que reconocer nuestro fracaso si dejamos pasar por alto que, si bien los afásicos representan un grupo minoritario dentro de la población de minusválidos del Distrito Federal, tienen derecho de recibir un trato humanitario, capacitación laboral y educación acorde con sus posibilidades individuales, para hacer posible su reincorporación activa a la sociedad; es decir, propiciarles el acceso al sistema escolar y laboral dándoles la oportunidad de recibir la preparación técnica, manual o intelectual, necesaria para lograr, principalmente, su independencia económica y familiar, cuando el grado de afectación lo permita.

Desafortunadamente su situación real deja mucho que desear ya que no se les han brindado las herramientas necesarias para que puedan llegar a valerse por sí mismos algún día.

Para dar una posible solución a estas anomalías resulta adecuada la intervención del pedagogo, cuyo papel será contribuir en la orientación educativa y laboral del afásico, - en un primer momento, a nivel hogar. Una vez que lo haya hecho podrá elaborar los programas educativos y los de capacitación laboral a nivel institucional, adecuándolos a las posibilidades de acción de cada sujeto.

Aunada a la orientación del pedagogo será determinante e indispensable la ayuda que puedan dar los ex-afásicos, para encauzar a los demás pacientes y servirles de ejemplo o estímulo al resto.

En conclusión podemos decir, que una de las primeras tareas que habrá de llevar a cabo el pedagogo será la de restablecer una verdadera y efectiva comunicación entre el afásico y el mundo que tiene y que seguirá teniendo a su alrededor.

CAPITULO 4

ALTERNATIVAS PEDAGOGICAS PARA ATENDER LA EDUCACION DEL AFASICO EN EL DISTRITO FEDERAL

4.1 ESTUDIO DEL SINDROME AFASICO EN LA FORMACION DEL PEDAGOGO

Actualmente entre los valores más reconocidos y apreciados en la sociedad están, la capacidad y el éxito del hombre. En ella no hay lugar para el afásico, pues, si bien *no* se le destruye, tampoco se le da la oportunidad de ser él mismo. Generalmente queda desprovisto de los medios adecuados para hacer valer su existencia y su capacidad. Aquí podría ser determinante nuestra participación como pedagogos ya que uno de los objetivos de la educación consiste en orientar y prestar ayuda al hombre para que éste logre autorrealizarse de acuerdo con sus propias capacidades y convicciones y con las exigencias de la sociedad en que se desenvuelve.

Tanto por nuestra preparación pedagógica como por las incursiones realizadas en algunos centros denominados de "educación especial", nos permitimos afirmar, sin temor a equivocarnos, que es urgente y necesaria la participación del pedagogo en este campo al que sólo le han permitido el acceso a unos cuantos.

Hemos comprobado y aprendido que en el área de la afasia existen múltiples deficiencias que el sistema educativo nacional no alcanza a mejorar, ni mucho menos a solucionar, por sí mismo. Las alternativas posibles que generalmente se proponen consisten en entrenar a vapor a unos cuantos profesores normalistas, quienes muchas veces desconocen realmente a lo que se están comprometiendo; la mayor parte de ellos tienen una visión muy limitada del mundo de los atípicos y de los problemas que éstos afrontan día a día, lo que les impide comprender sus necesidades. Es muy frecuente que perciban a estos pacientes como sujetos que requieren ciertas terapias para mejorar o recuperar su lenguaje debido a que ha sido alterado por algún motivo, dejando a un lado la posible existencia de trastornos emocionales que, en la mayoría de los casos, son una de las causas por las cuales no se logran avances en el tratamiento. No estamos en contra de dichos profesionistas, pero creemos conveniente destacar la situación para proponer un mejor adiestramiento adecuado y completo, para que puedan proporcionar la atención debida.

Actualmente el pedagogo no está recibiendo una preparación que le permita incursionar en el área de la educación especial, de una manera definitiva. No deseamos convertirlo en un terapeuta del lenguaje más, puesto que éstos ya existen. Tratar de invadir un campo que no nos corresponde sería

absurdo. Lo que demandamos es que su preparación, para que sea más completa, debe ser enriquecida con conocimientos de neurofisiología y de "educación especial", de modo general, y del síntoma afásico, en particular. Por tanto es necesario incluir dentro de la licenciatura de pedagogía la posibilidad de estudiar a los atípicos sin excluir al afásico. - Esto implica una especialización, misma que es requisito en el psicólogo, el médico, el terapeuta del lenguaje y audición y todos aquellos que lleven a cabo la recuperación de dichas personas. Lo anterior, aunado a la amplia visión del campo educativo que se adquiere durante la carrera, nos permitiría contribuir a la realización de este individuo, como ser humano. También podríamos contribuir en la orientación y encauzamiento de los grupos familiar, laboral y social, en general, para que le reconozcan sus derechos.

Una vez que todos obtuvieran la formación necesaria para participar en el tratamiento de las personas que nos ocupan, estaríamos en posibilidad de ayudarles a enfrentar sus problemas y a expresar sentimientos que ellos mismos reprimen en un momento dado, ya porque quienes conviven con ellos no los toleran o, sencillamente, porque los protegen tanto - que les niegan la oportunidad de ser.

Con esa formación, el pedagogo resulta idóneo para llevar

a cabo la reorientación y capacitación del afásico, así como la de aquellos que le rodean, para que lo acepten y lo comprendan, sin prejuicios absurdos y sin situaciones irracionales que los menoscaben. Como lo ha demostrado la ciencia y los especialistas en afasia más reconocidos, cualquier persona, sin importar raza, color, credo, sexo o nacionalidad, está expuesta a una lesión cerebral que, en un momento dado, puede provocarle síntomas afásicos. Contra esto no existe, por el momento, prevención alguna.

4.2 PAPEL DEL PEDAGOGO EN LA REHABILITACION DEL AFASICO

Si damos por hecho que el pedagogo logrará obtener la preparación necesaria para contribuir con la rehabilitación del afásico, cabe preguntarse, cuál será su papel específico dentro del equipo de trabajo que se encarga de rehabilitar a dicho individuo. En primer lugar, se debe tener presente que son necesarias una serie de actividades mediante las cuales se pretende llegar a la readaptación del sujeto en todos sus aspectos; se le deben proporcionar múltiples servicios a nivel neurológico, médico, psicológico y educativo.

Una vez que el pedagogo, conozca la naturaleza de la función perturbada, por parte del equipo interdisciplinario, podrá elaborar un programa rehabilitatorio enfocado, básicamente, al factor educativo, buscando las técnicas más acordes al caso, sin pretender nunca crear uno solo y aplicarlo a todos los afásicos por igual. Cada programa debe partir de cada sujeto y de sus problemas más inmediatos. Hildred Schuell (1976) afirma en este sentido que sería un acto de irresponsabilidad tratarlos sin contar con informes amplios de los problemas que presentan, intentando aplicar técnicas que pueden ser ineficaces si se utilizan en forma indiscriminada. La participación pedagógica puede ser decisiva para evitar caer en estos errores, si consideramos que en la mayoría de

Los afásicos no aparece el síndrome de manera aislada, sino que es posible percibir algún trastorno más que resulte preponderante -deterioro visual, auditivo, labilidad emocional, etc.-, incluso pueden observarse repercusiones afectivas, sociales o económicas, dentro del mismo núcleo familiar. El pedagogo puede colaborar con el equipo de trabajo para detectar ciertos problemas familiares, personales o sociales que aquejen al afásico, todo lo cual, aunado a su trastorno orgánico, puede causarle serios problemas internos, empeorados por falta de orientación oportuna.

Para ilustrar lo que estamos diciendo creemos que bastará con presentar cuatro casos que nos indican que una orientación a tiempo hubiera evitado consecuencias negativas. Los mismos fueron atendidos por algunos de los entrevistados, quienes consideran conveniente hacerlos públicos para evitar que se sigan cometiendo injusticias con estos enfermos. Por razones obvias los nombres han sido modificados, también se han omitido los nombres de las instituciones o de los familiares que los facilitaron.

CASO I**J.R.T.****EDAD: 67 años.****OCUPACION: carpintero.**

En enero de 1976 sufre un accidente cerebrovascular de tipo trombótico. Tres meses después aparecen en él trastornos verbales. Entró en estado depresivo en julio del mismo año. Todas las órdenes verbales y gráficas eran cumplidas, pero manifestaba trastornos en la expresión oral, caracterizados por reducciones de vocablos: sustituciones y transposiciones. El tratamiento duró 18 meses a partir de la fecha de ingreso.

El reporte general anota que desde un principio existió poca colaboración por parte de la familia del paciente, ésta aceptó abiertamente no haber atendido al sujeto oportunamente por considerarlo como algo pasajero. Recurrieron a charlatanes que prometieron curarlo en un mes. Al no ver resultados claros, el paciente fue recluido en su hogar durante dos meses. Pasado ese tiempo fue enviado a la institución que nos comentó el caso.

La respuesta familiar siguió siendo negativa, por tanto, no se llevó a cabo ninguna terapia en el hogar. Las visitas

de la trabajadora social fueron poco efectivas, ya que siempre reportó que la familia se negaba rotundamente a seguir - llevando al paciente a las sesiones, por lo que decidieron - recluírlo en un asilo para ancianos por considerarlo "un caso perdido". El paciente falleció al mes de haber estado en dicho sitio.

CASO II

P.S.A.

EDAD: 43 años.

OCUPACION: Ingeniero civil.

En 1978 ingresó a la institución que lo tuvo a su cuidado durante siete meses, a consecuencia de un accidente automovilístico. El hemisferio izquierdo se vió afectado; el resultado fue una afasia de grado severo, acompañada de una acentuada hemiplejía derecha y de una clara labilidad emocional.

La actitud del paciente para con el equipo de trabajo fue, desde el principio, reacia y en ocasiones sumamente agresiva. La esposa asistió y colaboró con las terapias. A partir del sexto mes el pequeño avance logrado fue decayendo paulatinamente, por lo que se sugirió platicar con la esposa, averiguando que ésta había decidido separarse del paciente un mes antes, por considerarlo "inútil" como padre y como hombre; le comunicó que lo abandonaría en breve y así lo hizo. El deseo del paciente para seguir adelante desapareció. Desafortunadamente no existió seguimiento de caso una vez que el paciente abandonó la institución.

CASO III

M.E.Z.

EDAD: 56 años.

OCUPACION: ama de casa.

En 1980 padece un ictus apoplético permaneciendo en estado de coma durante ocho horas. Las consecuencias fueron hemiplejía derecha y afasia motora o expresiva en grado severo. La apraxia bucofacial fue mejorando notablemente en el curso de un mes. Presentaba además, una fuerte labilidad emocional. Estuvo en tratamiento durante cuatro meses.

En vista de que el ataque ocurrió en el domicilio, fue enviada por los hijos al hospital en donde se le aplicaron los estudios correspondientes.

Se hace notar en su expediente que se trataba de una mujer temerosa y, en ocasiones, sumamente agresiva. Cuando su hija estaba presente en las sesiones se negaba rotundamente a cooperar y se limitaba a llorar. Estando en una de estas sesiones la hija se desesperó e intentó golpear a la madre -amenazándola de muerte si no lograba emitir una palabra correctamente.

Al término de cada sesión la paciente temía volver al hogar en donde, como se supo posteriormente por comentarios de familiares cercanos, era golpeada y humillada constantemente por los hijos y el marido, acusándola de "demente" o "estúpida". Pasados cuatro meses de tratamiento más o menos regular dejó de asistir repentinamente. En esta ocasión si se realizó un seguimiento de caso y se descubrió que la paciente había muerto dos semanas atrás a consecuencia de una caída "accidental" en el hogar. Nunca se investigó a fondo la causa real de su muerte.

CASO IV

R.E.V.

EDAD: 22 años.

OCUPACION: estudiante.

En 1980 es herido accidentalmente por una bala que le penetra por la parte central del área frontal izquierda y que sale por el área infero-parietal izquierda, provocándole hemiplejía derecha, afasia motora, trastornos visuales y fuertes estados depresivos.

Desde un principio los padres mostraron gran preocupación por el paciente. Durante un año el tratamiento fue favorable, pero pasado ese tiempo el padre empezó a mostrarse molesto e ~~cada vez~~ que tenía que asistir a recibir resultados. Un día se disgustó a tal grado con el paciente a quien empezó a tratar despectivamente llamándole "pobre diablo". Dejó de haber avances notorios; el paciente fue decayendo poco a poco hasta que requirió ser atendido en otra institución, de la cual fue sacado por el padre quien dijo estar cansado de pagar - inútilmente. Sin haberse recuperado, el paciente fue recluído en su hogar. Al mes de estar en dicho sitio, se suicida dejando una nota que a grandes rasgos decía:

"No más molestias...

TU POBRE DIABLO

R.E."

Hemos presentado estos cuatro casos, no por querer parecer sensacionalistas, sino porque de una serie de 27 casos a los que tuvimos acceso, resultaron ser los más representativos para demostrar que, generalmente, el grupo familiar es el primero en eliminar, al afásico, sutil o abiertamente. - Este, en la mayoría de los casos al darse cuenta de esta situación, no le encuentra un verdadero sentido a su existencia; de ahí el conformismo o huida por puertas falsas. En muchas ocasiones, como pudimos comprobarlo, la familia llega a perder la paciencia frente al paciente, o bien, deja pasar el tiempo inútilmente, por ignorancia, con lo que se pierden va liosas oportunidades para lograr un buen nivel de recuperación.

Al igual que los afásicos mencionados, muchos no logran reincorporarse a sus anteriores trabajos o actividades escolares, ya porque sus propias limitaciones no se los permiten, ya porque las empresas donde prestaban sus servicios no confiaron en sus facultades, o bien porque los mismos afásicos no tuvieron la suficiente autoconfianza para enfrentarse a sus actividades y mucho menos a sus compañeros de trabajo.

La reincorporación del afásico a sus antiguas labores depende en gran medida de la gravedad del padecimiento, y so bre todo, de la manera en que pueda o no superar su auto-

menosprecio. Generalmente cuando alcanza cierto nivel de recuperación considera la posibilidad de un cambio radical en su vida, tanto de domicilio, como de empleo, en donde las demandas de rapidez y precisión no sean tan estrictas. En ocasiones muestra actitudes sumamente defensivas para disimular la inconformidad o la inseguridad propias de su alteración. A este respecto Goldstein (1976) afirma que el valor de los mecanismos de defensa es la supervivencia. Por ello, una interferencia en este sentido puede provocar situaciones desastrosas. Es recomendable, por ello, que el psicólogo oriente también a cada uno de los integrantes del grupo que lleva a cabo la rehabilitación. En tal caso el pedagogo actúa como orientador del grupo familiar y del afásico, para coordinar con ambos el plan de trabajo previsto por los demás profesionales.

Tomando en consideración todo lo anterior hemos elaborado una serie de recomendaciones para los familiares de los afásicos que habrán de colaborar con el programa de rehabilitación. Entre otras están las siguientes:

- 1.- Tratar de conversar con el paciente en todas las oportunidades que se presenten, para irlo conduciendo a una imitación posterior de movimientos mandibulares, labiales, faciales, por ejemplo, cuya aplicación debe estar guiada por

los terapeutas especializados en lenguaje.

2.- Expresarse con un lenguaje claro, pausado y conciso, tratando que la relación entre el lenguaje y las acciones sea evidente. No se deben esperar reacciones inmediatas aunque se empleen las mismas expresiones constantemente. Por ejemplo: "Lávate la cara"; "Ponte los zapatos"; "acuéstate", etc.

3.- En aquellos casos en que el sujeto no pueda emitir palabra alguna, se hace necesaria la instalación de espejos en uno o varios cuartos de la casa, de tal manera que observe detenidamente los movimientos labiales del familiar encargado de llevar a cabo esa tarea.

4.- Proporcionarle las explicaciones de manera clara y precisa aun cuando no lo solicite. Hay ocasiones en que se deben repetir las órdenes o instrucciones tantas veces como sea necesario, para lo cual se necesita paciencia y preparación.

5.- Dar oportunidad al afásico de escuchar diferentes timbres de voces. Para esto puede emplearse la televisión, el radio o simplemente, las voces de niños o adultos que estén a su alrededor. Los aparatos deben ser utilizados sin -

caer en absurdos excesos.

6.- En vista de que la mayoría de los afásicos llegan a presentar hemiplejía y ésta les impide desplazarse como en otros tiempos, se hace necesario instalar en su hogar, barras, pasamanos o pasillos especiales, para permitirles dirigirse con facilidad de un extremo a otro. Con esto se evita, o al menos se reduce la dependencia indefinida de una persona o de una silla de ruedas que hagan las veces de sus brazos y piernas.

La familia, en este sentido, tiene que hacer un gran esfuerzo por no sentir lástima por el sujeto al ver los intentos que hace por moverse, ni evitarle los posibles obstáculos que se le irán presentando a su paso.

7.- Cuando se trata de un afásico sin hemiplejía es recomendable que lleve consigo un lápiz y una libreta que se conviertan en su herramienta más preciada para comunicarse con los demás.

8.- Es importante hacer comprender al grupo familiar y al mismo paciente, el hecho de que el sujeto no pueda comunicarse correctamente no significa, deficiencia mental, salvo en casos excepcionales. De hecho, su capacidad mental -

permanece exactamente igual que antes, aun cuando no logre emplear su lenguaje oral, mímico o escrito, acertadamente.

9.- Intentar elaborar el material didáctico "casero" capaz de actuar, por el momento, como medio de comunicación entre el afásico y quienes le rodean. Este material, completamente sencillo, puede constar de: grabados, muñecos, televisiones hechas en casa, cuadernos, lápices, herramientas, maderas, diapositivas, pizarrones, canciones, rimas, etc. Hay que indicarle a la familia cómo deben presentarlo y utilizarlo para que sea coherente con el plan de trabajo.

El material debe permanecer alejado de la vista del individuo para evitar que se distraiga constantemente, ya que de por sí suele perder fácilmente la atención de lo que está haciendo.

10.- Acentuar aquellas actividades manuales que el afásico puede hacer o que acostumbraba realizar con satisfacción, para ayudarlo a recuperar la confianza en sí mismo, y para que vuelva a desenvolverse en su antiguo empleo sin mayores dificultades.

11.- Buscar la manera de adaptar en alguno de los cuartos de la casa de la familia una especie de taller, en donde

el afásico pueda elegir y desarrollar alguna técnica artística o artesanal accesible a sus capacidades. Pintura, grabado, música, carpintería, lectura, etc. De este modo puede iniciar o reiniciar una actividad que, con el paso del tiempo, llegará a convertirse en una posible fuente de trabajo.

12.- Las actividades que realizaba en su vida diaria deberán continuarse: si acostumbraba reunirse con la familia - un día determinado de la semana, debe seguir haciéndolo; si asistía a conciertos u obras de teatro, hay que buscar la forma de que asista nuevamente. De esta manera se despertará su deseo de conversar o de prestar mayor atención a todo aquello que ve y escucha, con lo cual se mejorará su concentración y, sobre todo, su interés por emitir palabras, escribirlas o leerlas.

13.- Permitirle ser independiente. Si desea salir de casa le será permitido siempre y cuando esté bajo una perspicaz y discreta vigilancia que le haga sentirse que no está amarrado o atenido a la voluntad de familiares y amigos.

14.- Darle ciertas obligaciones que lo hagan sentirse útil. Por ejemplo: encomendarle la tarea de recibir la leche, esperar a los niños a su regreso del colegio, doblar ropa, vender los artículos que él mismo elabore en su taller,

para que sienta que contribuye con los quehaceres o con el -
gasto familiar. La finalidad es hacerle saber que es trata-
do exactamente como antes de sufrir su alteración. Desde -
luego que estas actividades irán de acuerdo a las posibilida-
des de cada uno de los afásicos evitando generalizarlas de -
igual manera para todos y cada uno de ellos.

15.- Tener presente siempre que se trata de personas -
adultas que ^x deben ser tratadas como tales, pues aunque en -
ocasiones presenten actitudes propias de un niño, conservan
los sentimientos y capacidades poseídas antes de enfermarse.

^{Se ocurrirá.}
16.- Evitaremos mentirle inútilmente respecto a su situa-
ción y posibilidades de recuperación. Debe estar consciente,
además, de que su nueva condición atraerá la atención de -
quienes le rodean y de que en ocasiones tendrá que soportar
burlas o groserías de vecinos, amistades y aun de la propia
familia, sin que pueda hacer nada por el momento. En esta
circunstancia debe saber que su entereza lo llevará a supe-
rar su mal.

Debe saber que en su total recuperación puede llevarse
días, semanas o años, dependiendo del sitio, la gravedad de -
la lesión y, sobre todo, del empeño que ponga él mismo para
superarla.

17.- Brindarle apoyo y cariño. Si de por sí la presencia de la afasia le resulta traumática, no debemos de sumar a esto el rechazo familiar, laboral, social y personal; requiere de muchísima comprensión y ayuda oportuna. Esto significa que no trataremos de llevar a cabo la terapia por él, sino con él.

18.- Reconocer cada uno de sus aciertos. También se le harán ver sus errores para evitar posibles imitaciones de éstos.

19.- Las sesiones serán cortas pero frecuentes, es decir, un poco de terapia diariamente es mejor que mucha terapia una vez por semana.

20.- Dejar claro que, como en cualquier tipo de terapia rehabilitatoria, la clave del éxito será: exigir mucho y al nivel del afásico, pero sin exagerar o exigir absurdos.

Estos serían algunos pasos a seguir -sin un orden pre establecido-, por parte del grupo familiar auxiliados por el equipo interdisciplinario y, principalmente, por el pedagogo.

Un punto que resulta trascendental para la rehabilitación del afásico, y que puede ser considerado también como -

un paso a seguir por los llamados equipos multidisciplinarios, consiste en entablar una verdadera comunicación entre el enfermo y su familia para evitar caer en absurdos individualismos que únicamente perjudican al afásico.

Todo lo señalado anteriormente nos permite concluir, al igual que la mayoría de los entrevistados, en que no es únicamente el afásico quien necesita recibir una atención especial, también la requiere el grupo familiar que convive con él y que no siempre está en la mejor disposición para ayudarlo a salir adelante. El pedagogo puede servir de nexo entre el afásico y el mundo tan confuso que éste último enfrenta, conscientizando a todas aquellas personas que conviven, directa o indirectamente, con este sujeto, de que se trata de un ser humano a quien la ansiedad, la debilidad y otras secuelas de su enfermedad le han impuesto una gran desventaja. - Debe tenerse presente, además, que cualquiera de nosotros está expuesto a enfrentar una situación similar, sobre todo en la actualidad, en la que el incremento del número de accidentes en general, aumenta el porcentaje de personas con lesión cerebral que presentan síntomas afásicos.

C O N C L U S I O N E S

Antes de dar por terminada nuestra exposición, creemos conveniente mencionar algunos puntos que consideramos importante resaltar después de haber consultado la escasa bibliografía que existe al respecto, en nuestro medio, así como a un número reducido de especialistas que trabajan directamente en la rehabilitación de los afásicos.

En primer lugar se destaca el hecho de que la afasia ha sido y sigue siendo un tema sumamente controvertido, aun actualmente, por lo que no pretendemos ni esperamos convencer a nadie con nuestras apreciaciones, simple y sencillamente nos mueve el compromiso contraído con esta población que tanto nos enseñó mientras elaborábamos el presente trabajo. Por ello hacemos públicas las adversidades que afrontan día a día, muchas de ellas sin esperanza de solución.

El estudiar casos como éstos nos permitió comprobar que para el ser humano el lenguaje oral representa el medio más importante de la comunicación cotidiana. De ahí que la persona que no consigue hablar o que lo hace de manera deficiente, sufre innumerables desventajas en su desarrollo intelectual y en su desarrollo social, sobre todo.

Como es sabido, el lenguaje depende de estímulos y modelos del medio ambiente, pero muchas veces éstos no se reciben adecuadamente a consecuencia de ciertas insuficiencias. En este sentido nos hemos referido a adultos afásicos que una vez que estuvieron en posesión del lenguaje en todas sus formas, repentinamente se encontraron, no privados del lenguaje propiamente, sino de la organización adecuada del mismo, ya sea en su proceso expresivo, receptivo o en ambos, debido a alteraciones fisiológicas.

Sin embargo, a pesar del avance de la ciencia y de que la literatura científica contemporánea se ha ocupado reiteradamente de los trastornos del lenguaje, durante la realización de este trabajo nos encontramos con sorpresas desagradables: la primera de ellas fue constatar que aún en nuestros días no existe un acuerdo común entre los especialistas de la afasiología, respecto a una definición capaz de englobar las características y la sintomatología más general de la misma. Esto nos llevó a rescatar aquellos elementos más valiosos y representativos de algunas definiciones propuestas por autores y especialistas reconocidos en la materia, con lo cual logramos obtener nuestra definición, señalada en el segundo apartado. De cualquier manera la definición del término no debe ser el centro de estudios como éstos, ya que lo más importante y valioso es todo aquello relacionado con las

vivencias de los mismos afásicos: qué pueden y qué no pueden hacer; cómo lo hacen y por qué lo hacen o, simplemente, por qué lo dejan de hacer. A medida que el sujeto va superando su trastorno, puede sugerirnos pautas para un tratamiento más eficaz.

Un segundo motivo de controversia fue en cuanto a la clasificación de la afasia y sus respectivos síndromes. En vista de que existe un elevado número de clasificaciones, nos vimos obligados a presentar la mayoría de ellas para dar una idea de los puntos de vista tan diversos. Decidimos tomar como base la clasificación tradicional o clásica, ya que contempla a este trastorno desde tres perspectivas esenciales en la alteración del lenguaje: su fase motriz, sensorial o en ambas a la vez. La aceptamos porque debemos tener presente que no se puede elaborar un sistema como éste sin contar con estudios científicos basados en un gran número de afásicos. Esto es, amplias observaciones durante largos períodos de tiempo; estudios longitudinales para determinar qué síntomas son pasajeros, cuáles pueden persistir y cuáles pueden tener una relación recíproca. Tal vez a falta de este tipo de estudios nos vimos limitados en nuestra elección.

En lo que a tests se refiere, encontramos que entre los

comúnmente utilizados en nuestro país están, entre otros, el SAS y el Diagnóstico Diferencial de la Afasia con el test Minnesota. Ambos tienen como finalidad determinar alteraciones en ciertas formas del lenguaje. De ninguna manera los resultados de los mismos pueden tomarse como únicos datos capaces de determinar si un sujeto es o no afásico. Su empleo se contempla solamente como herramienta auxiliar para el equipo interdisciplinario que, a fin de cuentas, será el que decida su empleo y el momento en que serán descartados del proceso rehabilitatorio.

Resumiendo, los tests para afásicos representan métodos alternativos que permitirán inferir el estado de una de las modalidades del lenguaje alterada y, en cierto modo, la severidad de la misma.

En cuanto a la situación de los afásicos en el Distrito Federal, diremos tan sólo que, aunque la información recabada parezca escasa, la obtención de la misma nos llevó a corroborar que de manera general en nuestro país, y en el D.F. particularmente, el interés por saber cómo vive el afásico o si al menos vive, es mínimo y similar es la preocupación por tratar de ayudarlos a superar su problema.

En primera instancia, y como lo mencionamos anteriormente,

se descarta por completo la existencia de afásicos adultos en el Distrito Federal, por tanto, la Dirección General de Educación Especial se limita a atender solamente a personas con "deficiencias mentales". Este mismo desconocimiento ha hecho que no se perciba la necesidad de crear instituciones especializadas para dichas personas, o por lo menos un personal realmente especializado en el área de la afasia. De ahí que los que han llegado a ser detectados como tales, reciben únicamente atención a nivel de terapias de lenguaje o audición.

No reciben ninguna especie de capacitación escolar o laboral. Debido a ello, las personas que alguna vez fueron afásicos están tratando de salvar a quienes, equivocadamente, están siendo considerados como enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos del país. Esta es una tarea que requiere fortaleza y paciencia.

Como también dijimos anteriormente, la familia no cuenta con una orientación dirigida que le permita guiar de la mejor manera al afásico que habita en su hogar. Tampoco se le informa adecuadamente en cuanto al verdadero alcance de este trastorno, ni de los límites y posibles reacciones que pudiera manifestar el sujeto. En ocasiones la familia obliga al paciente a abandonar su tratamiento porque, aunque éste -

puede dar muestras de un avance verdaderamente sorprendente, también es muy frecuente el retroceso a tal grado que decepcione a quienes le rodean.

Esta innegable realidad nos orilló a proponer ciertas alternativas viables que puedan mejorar en algo la situación actual de estas personas. Una de las primeras propuestas fue que se tratara de incluir en el currículum de la carrera de pedagogía ciertos elementos acerca de la llamada "educación especial", pues la misma Directora de dicha área comprende que se requiere a un profesionista mejor preparado para poder contribuir con tales personas, aunque esta Dirección de Educación Especial no tiene prevista aún la atención de los afásicos, quienes tampoco están incluidos en su clasificación de personas atípicas.

Al mismo tiempo sugerimos la inclusión de principios de neurofisiología que serían de mucha utilidad para poder comprender el problema de la afasia en todas sus dimensiones y, cooperar, en cierto modo, con todos y cada uno de los llamados grupos atípicos.

También vemos la urgencia de detectar a los afásicos dispersos por nuestro país, muchos de los cuales se encuentran reclusos en instituciones ajenas a su problema, o bien,

en sus propios hogares, ignorados aún por sus propios familiares.

Además, creemos que se requiere la formación de un personal consciente y humanitario que sepa realmente que en sus manos se deposita a un ser humano con serios problemas. Un ser que debido a su avanzada edad se resiste a empezar o a reiniciar el camino recorrido.

La inexistencia de instituciones especializadas no representa el único problema grave, siempre y cuando se superen esas carencias llevando a cabo ciertos cambios en el hogar mismo del afectado. Es decir, si la familia es guiada a tiempo y cuidadosamente en cuanto al mal que padece el sujeto en cuestión, su rehabilitación será más rápida y certera. De este modo, las propuestas presentadas en el capítulo anterior deben ser contempladas como cambios momentáneos, ya que, de mantener al paciente con todas estas "comodidades", puede llegar a sentirse tan a gusto que prefiera conformarse con su condición; no es ese nuestro deseo.

Cuando el grupo familiar esté bien informado y orientado por el pedagogo, con base en los datos proporcionados por el resto de los miembros del equipo interdisciplinario, estará consciente de que la recuperación del afásico depende

en gran medida de su cooperación, fortaleza y, sobre todo, de su voluntad para sacarlo adelante. Tendrán presente que el sujeto será reincorporado y aceptado en su medio ambiente, - si primeramente es comprendido y recibido por la base de la sociedad: la familia.

Partiendo de este primer ejemplo que dé la familia del sujeto, será tarea del pedagogo promover la comprensión y - cooperación de nuestra sociedad, no únicamente, respecto a - los afásicos, sino a todos y cada uno de los diferentes grupos de minusválidos dispersos por nuestro país.

Para muchos puede parecer absurdo que propongamos la inclusión del pedagogo en el área de la educación especial, pero ante todo debemos decir que no estamos dispuestos a permitir que se restrinja a dicho profesionista a una sola rama - de la educación únicamente, pues su misma preparación no le permite fijarse ni aceptar limitantes. De ahí nuestro deseo de que se le abran nuevos campos de acción, para que contribuya realmente con nuestro país.

No desconocemos las carencias y necesidades de México, en donde, aun quienes no muestran deficiencia alguna, encuentran cerradas las fuentes de trabajo, aunque finalmente tienen más oportunidades de conseguir un empleo que aquellos que

padecen alguna alteración como la que venimos tratando; éstos además de sus deficiencias tienen que soportar el rechazo abierto de nuestra sociedad. Es por ello que pedimos la participación del pedagogo en cuanto a elaboración y promoción, no únicamente de las propuestas antes señaladas, sino también de programas televisivos que permitan dar a conocer a todos y cada uno de los llamados grupos de minusválidos -ciegos, -sordos, deficientes del aparato locomotor, deficientes mentales, etc.- dispersos por nuestro país, aprovechando al mismo tiempo dar a conocer las características más generales, los síntomas, limitaciones y posibilidades de recuperación de su padecimiento. Lo anterior, con el apoyo familiar y social para lograr la orientación y conscientización del público en general, respecto a este tipo de personas, que tienen derecho a vivir en sociedad. Con esto se lograría la disminución del odio o del repudio que gran parte de los "normales" sienten por tales personas.

Solamente nos resta decir que afortunadamente, a lo largo de esta investigación, pudimos conocer a algunos afásicos y también otros que alguna vez lo fueron. Ellos nos dieron muestras de verdadero valor, ya que tuvieron que enfrentarse no tan sólo a su problema, sino más bien al hombre mismo. Pero, a pesar de sus limitaciones, sienten amor y respeto por la vida.

A ellos y a los afásicos que conoceremos a medida que profundicemos más en nuestra investigación, queremos hacerles llegar este trabajo que, prácticamente, es suyo, pues - gracias a ellos hemos podido demostrar que, a pesar de la adversidad, el espíritu humano puede y sigue triunfando.

BIBLIOGRAFIA

- Azcoaga, Juan E., APRENDIZAJE FISIOLÓGICO Y APRENDIZAJE PEDAGÓGICO, Ed. El Ateneo, B.A., 1979, 199 pp.
- Azcoaga, Juan E., DEL LENGUAJE AL PENSAMIENTO VERBAL, Ed. El Ateneo, B.A., 1978. 189 pp.
- Azcoaga, Juan E., LENGUAJE INTERNO Y LENGUAJE EXTERNO, Ed. Biblioteca, Col. Praxis. B.A., 1973. 110 pp.
- Azcoaga, Juan E., LOS RETARDOS DEL LENGUAJE EN EL NIÑO, Ed. Paidós, B.A., 1979. 257 pp.
- Azcoaga, Juan E., TRASTORNOS DEL LENGUAJE, Cuenca Ediciones, B.A., 1974. 254 pp.
- Bouton P. Charles Dr., EL DESARROLLO DEL LENGUAJE, Ed. de la UNESCO, B.A., 1976. 275 pp.
- Cáceres V. Artidoro, PATOLOGIA DEL LENGUAJE VERBAL EXPRESIVO, Ed. Marymar, B.A., 1973. 205 pp.
- Chiardía, J.A. y Turner, LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE, Ed. Paidós, B.A., 1978. 246 pp.
- Dale, Philip, DESARROLLO DEL LENGUAJE. UN ENFOQUE PSICOLINGÜÍSTICO, Ed. Trillas. Méx., 1980. 44 pp.

- Goodglass, Kapla, EVALUACION DE LA AFASIA Y TRASTORNOS SIMILARES, Ed. Panamericana, B.A. 1979. 122 pp.
- Hécaen, Henry, AFASIAS Y AFRAXIAS, Ed. Paidós, B.A., 1977. 184 pp.
- Jakobson, Roman, LENGUAJE INFANTIL Y AFASIA, Ed. Ayuso, Madrid, 1974. 248 pp.
- Lenneberg, Eric, FUNDAMENTOS BIOLOGICOS DEL LENGUAJE, Ed. Alianza, 1975. 537 pp.
- Mac Gintie, LA COMPRESION DEL LENGUAJE EN LA EDUCACION, Ed. Paidós, B.A., 1975. 102 pp.
- Maistre, Marie, DEFICIENCIA MENTAL Y LENGUAJE, Ed. LAIA, España, 1977. 279 pp.
- Mordock, John, THE OTHER CHILDREN. AN INTRODUCTION TO EXCEPTIONALITY, Ed. Harper and Row Publishers. New York, 1975. 734 pp.
- Nieto, Margarita, ANOMALIAS DEL LENGUAJE Y SU CORRECCION, Ed. Méndez Oteo, 1981. 223 pp.
- Nieto, Margarita, EVOLUCION DEL LENGUAJE EN EL NIÑO, Ed. Porrúa, Méx. 1978. 261 pp.
- Salvat Editores, DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS, Barcelona, 1980. 1073 pp.

- Saussure, Ferdinand, CURSO DE LINGUISTICA GENERAL, AKAL Editor, Madrid, 1981. 319 pp.
- Schuell, Hildred, AFASIA. EN ADULTOS, Ed. Panamericana, B.A., 1976. 404 pp.
- Schuell, Hildred, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF APHASIA WITH THE MINNESOTA TEST, University of Minnesota Press., Minneapolis, 1977. 108 pp.
- Sklar, Maurice, SKLAR APHASIA SCALE, Ed. WPS, Los Angeles, California, 1973. 198 pp.
- Testut A. Latarjet, ANATOMIA HUMANA, Salvat Editores, Barcelona, 1979. Vol. II. 1237 pp.