

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA

AFASIA Y LENGUAJE; ASPECTOS
PSICOFISIOPATOLOGICOS Y
REHABILITACION.

TESIS

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N

MARIA TERESA DE LA PARRA ESCAMILLA
CRISTINA MARTINEZ DE CASTRO BARONA

MEXICO D. F.
1 9 7 1



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



75053.08
UNAM. 69
1971

M-161029

Spe 214

"El hombre se elevó por encima de las demás especies mediante el uso inteligente de la mano, hasta poder formar instrumentos de trabajo. Ascendió a las alturas de la comprensión, a través de la transformación de la comunicación primitiva, en un medio sutil y flexible que es el lenguaje".

MAURICIO SWADESH

S/TPs

A mis padres.

A Raúl.

A mis:
Hermanos.

I N D I C E

Introducción.

I.- CONCEPTO DE AFASIA.

- a) Revisión Histórica.
- b) Nomenclatura y Clasificación.

II.- PSICOFISIOPATOLOGIA DE LA AFASIA.

- a) Psicofisiología del Lenguaje.
- b) Pensamiento y Lenguaje.
 - 1.- Teoría de Vygotsky.
 - 2.- Teoría de Piaget.
 - 3.- Teoría de Skinner.
 - 4.- Teoría de Jakobson.
- c) Evaluación de las concepciones Anatomofisiopatológicas
 - 1.- Destreza manual y lateralidad.
 - 2.- Localización cerebral.

III.- LINEAMIENTOS SOBRE LA REEDUCACION DE LOS AFASICOS.

- a) Evaluación y Etiología del Afásico.
- b) Técnicas diferentes de rehabilitación.

Conclusiones.

Bibliografía.

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

El lenguaje, como hecho físico y como fenómeno social, cultural o individual, ha preocupado a numerosos profesionistas. Entre ellos y muy recientemente ha empezado a cobrar importancia entre los psicólogos.

Es innegable el hecho de que el lenguaje en sí es un instrumento de comunicación entre los hombres, y tal como lo conocemos es demasiado complicado para que sea manejado por cualquier otra especie. De aquí radica su inmensa importancia, para obtener un lugar privilegiado dentro de las ciencias y muy significativamente dentro de la psicología.

Los Psicólogos, "como grupo profesional", han dejado de apreciar la estrecha relación existente entre su propio campo y el de la patología del lenguaje. A través de nuestra corta experiencia en este campo, nos hemos dado cuenta de que esto es un hecho lamentable y que la patología del lenguaje oscila actualmente entre los campos de la psiquiatría y la educación del habla.

La plena convicción de que el psicólogo debe de intervenir estrechamente en el estudio de lenguaje y de su patología, nos ha llevado a efectuar el presente trabajo, aunque inicialmente sea una contribución mínima.

El territorio de la "patología del habla y del lenguaje" es tan extenso, tan variadas e innumerables sus manifestaciones, que tuvimos que determinar hacia cuál de ellas centraríamos nuestra atención. Se escogió "la afasia" como trastorno global, ya que implica en sí, el ma

por número de impedimentos neurológicos y trastornos funcionales del lenguaje, que se ven afectados en mayor o menor grado. La expresión y la comprensión, o aún mejor dicho, la codificación y la decodificación.

El verdadero afásico, claramente expresado por Goldstein, no es simplemente "un hombre cuyo lenguaje está modificado" sino "un hombre modificado", de una manera característica en actividades y fenómenos muy variados, entre otros, en su lenguaje.

Es evidente que a través de la observación y del examen cuidadoso de los afásicos, resulta difícil comprender verdaderamente la actitud en conjunto, tan especial, de estos enfermos, y es difícil explicar teóricamente en qué difiere su actitud general de la de los normales.

Estos enfermos presentan una modificación típica de la actitud en el dominio de la percepción y de la cognición, de la acción del pensamiento y de la vida emocional.

Al ser esta nuestra primera tentativa hacia un estudio más profundo del trastorno afásico, lo hemos enfocado en forma general, a través de la revisión bibliográfica del tema; para ello en el primer capítulo se hizo una revisión histórica de los diferentes autores en diversas disciplinas que de alguna manera se ocuparon de este tipo de patología. Además se efectuó un estudio de las diferentes clasificaciones, realizadas por los autores más relevantes en la materia, y la nomenclatura fue elaborada con el fin de crear uniformidad de criterios y facilitar tanto la comprensión como el uso de la terminología.

La diversidad de opiniones entre los diferentes autores con --

respecto a la relación entre pensamiento y lenguaje y sus aspectos patológicos, ha sido largamente discutida. Por esta razón seleccionamos cuatro teorías pertenecientes a autores de distintas tendencias, quienes se refieren a este tema exponiendo de diversa manera esta relación. Lev S. Vygotsky enfoca su análisis de esta relación, utilizando el método histórico-genético, por medio de la filogenia y la ontogenia. - - Jean Piaget, en sus primeros estudios hacia 1923, creía en la estrecha relación entre pensamiento y lenguaje, pero más tarde al estudiar la inteligencia sensorio-motriz, anterior al lenguaje, modifica su punto de vista y llega a la conclusión de que existe una lógica de coordinación de acciones, anterior y más profunda que la lógica ligada al lenguaje. Enfocando así el problema desde el punto de vista genético-causal, B.F. Skinner propone una base teórica para considerar la conducta verbal en términos puramente objetivos, y afirma que la respuesta verbal puede ser estudiada como cualquier otra respuesta, que esta conducta está probablemente sujeta a las mismas clases de variables que se han visto en estudios de condicionamiento operante.

El gran mérito que ha tenido Jakobson, es el de haber dado un gran impulso al análisis lingüístico de los trastornos del lenguaje, - desgraciadamente sus observaciones están basadas en las de otros autores tales como Goldstein, en un principio y más recientemente en Luria, sobre cuyas formas clínicas realiza su interpretación lingüística.

A través de la evolución de las concepciones anatómo-clínicas, - tratamos de dar a conocer someramente las investigaciones más recientes sobre localización cerebral y destreza manual, que tienen una estrecha relación con el lenguaje y por lo tanto con su patología. Como-

Hecaen expresó al tratar la localización cerebral del lenguaje: "es -- más conveniente hablar de la existencia en la corteza cerebral de "zonas funcionales" responsables de la emisión y recepción o interpretación de los símbolos verbales, que tratar de localizar en forma rígida "centros corticales" sin ninguna o muy poca plasticidad funcional". Al tener en cuenta todos estos factores, se comprenderá mejor la variedad de las formas de afasia y al mismo tiempo sus posibilidades, también - muy variadas de recuperación.

Debido a la trascendencia altamente significativa, que tiene el afásico en todos los niveles de la actividad humana personal, familiar, social y económica, es de suma importancia dar una evaluación lo más - acertadamente posible sobre sus deficiencias, con el objeto de poder - elaborar más tarde un programa de rehabilitación que satisfaga, tanto - las necesidades de comunicación del propio paciente, como las necesida - des de las instituciones hospitalarias dependientes del gobierno para - beneficio de la sociedad en general. Por lo tanto, seleccionamos cuatro tipos de exámenes breves elaborados por profesionales experimentados - dentro de este campo, Hildred A. Schuell, jefe de la División de Neuro - logía del Hospital de Veteranos de Minneapolis, el de J. Eisenson, Di - visión de Audiología y Patología del Habla de la Escuela de Medicina - de la Universidad de Stanford, el de Martha Taylor Sarno, patóloga del habla del Instituto de Medicina Física y Rehabilitación del Centro Mé - dico de New York, y por último el de Guadalupe Alcocer Gutiérrez, Jefe de Terapeutas del Habla del Servicio de Foniatría del Centro Hospitala - rio "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E.

Para facilitar el conocimiento de los principales factores etio

lógicos que desencadenan déficits del lenguaje, cuyos aspectos distinguen la localización y la severidad de la lesión, elaboramos un cuadro esquemático, que nos ofrece un panorama general.

Se han creado una gran variedad de técnicas para ayudar a aminorar las dificultades en la comunicación del paciente afásico, entre -- las que se incluyen, la terapia por drogas, técnicas derivadas de la pedagogía clásica, psicoterapia, condicionamiento operante y la instrucción programada; sin embargo, en este trabajo se han seleccionado dos de las técnicas más conocidas por nosotras; la primera elaborada por -- Martha Taylor, que consta principalmente del manejo técnico de un vocabulario de 100 palabras básicas (sustantivos), y la segunda elaborada por Guadalupe Alcocer y colaboradores, siendo esta última la que se -- utiliza en el Servicio de Foniatría del I.S.S.S.T.E. y que personalmente hemos experimentado. Para finalizar, diremos que desgraciadamente -- no se ha podido efectuar un estudio experimental que confirme la eficacia de este método.

C A P I T U L O I

I.- CONCEPTO DE AFASIA.

a).- Revisión Histórica.

Aproximadamente hacia el año 200 A.C., SECTUS EMPIRICUS hizo uso por primera vez del término "Afasia", el cual utilizó en un sentido filosófico y no patológico.

Más tarde, hacia el año 30 D.C., VALERIUS MAXIMUS, describió el caso de un sujeto brillante, quien después de un golpe en la cabeza, su frío pérdida de la memoria para las letras.

JOHANN SCHMITH (1624-1690) habla también por primera vez sobre -
parafasia y alexia.

LINNACUS (1707-1778) reportó un caso de afasia con pérdida de la facultad de cantar.

DOLIN (1708-1763) reporta un caso de afasia expresiva con retención del poder de cantar.

MORGAGNI (1628-1771) hace algunas anotaciones sobre casos de afasia, asociándolos a lesiones de hemisferio cerebral izquierdo, sin llegar a ninguna conclusión sobre sus hallazgos.

GOETHE (1749-1832) nos reporta un caso de afasia motora en - - -
WILHELM MEISTER.

BENTON Y JOYNT declararon que: "casi todas las formas clínicas-- de afasia motora, parafasia, jergafasia, agrafia y alexia, han sido des critas después de 1800".

FRANZ JOSEPH GALL (1806-1813) junto con SPURSHHEIM, publicaron en 1810 el primer volumen de la "ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTEME NERVEUX EN GENERAL ET DU CERVEAU EN PARTICULIER". Siendo así Gall, el primer lo

calizacionista. (1)

Estos últimos autores consideraron que el sistema nervioso humano no difiere fundamentalmente en su estructura del de los animales y localizaron el lenguaje o la facultad de expresión, en las zonas anteriores del cerebro.

Para Gall, el lenguaje normal se deberá al perfecto ejercicio de ciertos aspectos de la memoria, que se situaban en alguna parte del lóbulo anterior del cerebro. Sin embargo, él consideraba que no pensamos en palabras o signos pero, por otro lado, decía que los símbolos dependían de una o más de las facultades que él describió. Consideraba el habla, como una expresión mecánica y directa de conceptos, inclinaciones, sentimientos y talentos del hombre, que localizaba en un lugar particular del cerebro.

Las doctrinas de Gall, ejercieron considerable influencia en Europa y alcanzaron gran popularidad. Fundándose sociedades en las grandes capitales para el estudio de la frenología. Por otro lado, numerosos médicos rechazaron estos puntos de vista, aunque aceptaban el principio de localización de funciones. Dentro de estos se encontraba Bouillaud (1796-1881) siendo importante por sus investigaciones clínicas que confirmaron los descubrimientos de Gall con respecto a los sitios de las lesiones que provocaban trastornos del lenguaje.

GRATIOLET (1861) ante la Sociedad de Antropología recién fundada presentó un cráneo primitivo mexicano, en el que se basa para discutir el significado del volumen del cerebro.

(1) Alajouanine T.H. "L' Aphasie et le langage pathologique".

AUBURTIN (1861) se opone al punto de vista, de que según el tamaño del cerebro era la inteligencia y se opone a Gratiolet, en el punto de vista de que las funciones de todas las partes del cerebro eran las mismas.

Una precisa evaluación anatómica se debe a PAUL BROCA - - - (1861) (2) localizacionista notable, quien afirmó que el lenguaje articulado tiene su asiento en la tercera circunvolución frontal, quien cambió el término de "alalia" por el de "afasia" anteriormente usado; explicando que la facultad de articulación es totalmente diferente a la facultad general del lenguaje ya que para él, ésta, es la capacidad de establecer una constante relación entre una idea y un signo ya fuera sonido, gesto, figura, etc. Si esta relación es destruida, todo el lenguaje estaría imposibilitado. Pero si la función general permanece intacta sin alteraciones en el aparato auditivo ni en los músculos articulatorios, una profunda lesión circunscrita entre la segunda y tercera circunvolución frontal impediría el lenguaje articulado.

Mientras tanto, en 1864, TRUSSEAU (3) cambió el término "aphemia" por el de "afasia" basándose en las discusiones sostenidas con un médico griego, quien afirmaba que "aphemia" significa "infame" y no tenía nada que ver con el deseo de hablar.

Durante esta época, "La Gazette Hebdomadaire" resumió en dos excelentes artículos las concepciones más importantes sobre el lenguaje, asumiendo que el habla consiste en un aspecto fisiológico y un aspecto-

(2) Brain T.W. "Speech Disorders".

(3) Head H. "Aphasia and Kindred disorders of Speech".

intelectual. El primero comprende el lenguaje en forma de mímica, escritura y habla articulada y el segundo, es una función especial concerniente a la memoria de palabras y se definió que el lenguaje interno es un fenómeno puramente intelectual.

Las investigaciones de Broca y Dax, demostraron que la pérdida del lenguaje era causada por lesión en la mitad izquierda del cerebro, quedando por lo tanto el segundo como el verdadero promotor de la izquierda hemisférica cerebral. En 1869 Bastían admite cuatro formas de trastornos del lenguaje: amnesia, afemia, afasia y agrafia. Este autor pertenece a la escuela Localizacionista.

Bajo la influencia de los trabajos anatómicos de Meynert (1866) sobre los "Haces" de asociación del cerebro, WERNICKE publicó en 1874 - su monografía "Der Aphasiche Symptom-Complex" que aportó una nueva concepción de la afasia, oponiéndose a la afasia por daño del lenguaje articulado tal como lo había aislado Broca. Creyendo que en la afasia la dificultad mayor es de orden sensorial, teniendo en su base la alteración de su centro auditivo verbal, o sea una afasia de comprensión con trastornos de percepción o asociación, sin comprender el enfermo el significado de las palabras, siendo su habla inconexa.

En un principio Wernicke localizó esta lesión dentro de la ínsula y después de las publicaciones de MEYNERT, la localizó dentro del lóbulo temporal. Describiendo una afasia en la que el fenómeno más importante consistía en el defecto de comprensión del lenguaje. Adjuntando a su descripción un esquema a base de centros de imágenes, iniciando así, una serie de concepciones asociacionistas más y más complejas. Según Wernicke, la afasia no es un trastorno de inteligencia, ya que ésta

y el lenguaje son dos procesos diferentes.

FINKELBURG (1870) (4) mantuvo que los desórdenes del lenguaje -- eran parte de un disturbio mayor, a los que llamó "carencia de representación simbólica". Esta asimbólia es esencialmente la inhabilidad para expresar conceptos por significados de signos adquiridos y de comprender sus significados, motor y sensorial involucrando funciones no directamente asociadas con la formación de palabras.

OGLE (5) en 1867, llama al trastorno de la escritura agraphia y distinguió variedades amnésicas y atáxicas.

BROADBENT (1872) reporta un caso de jergafasia y contribuye al diagrama de la localización del lenguaje y más puramente de dos funciones intelectuales. Las brillantes investigaciones experimentales efectuadas en monos por FERRIER (1875), demostraron que el centro auditivo estaba localizado en la primera circunvolución temporal y el centro visual en el girus supramarginal y angular.

EXNER (1881) identificó el centro glosokinestésico y el centro de la escritura en el área de Broca y en la parte posterior de la segunda circunvolución frontal.

LICHTHEIM (1885) propuso una nueva clasificación de afasia basada en las lesiones de los centros corticales y de las vías de conducción entre ellas. Anteriormente había descrito en 1874 la afasia motora pura.

En esta misma época (1885) KUSSMAUL da a la función simbólica -- una importante significación en el problema del lenguaje; para él la --

(4) Brain R.W. ob.cit.

(5) Head H. Ob. cit.

afasia no es más que un caso particular de asimbolia; nombre que substituye por el de asemia, nombre que puede referirse a la expresión o a la percepción. Inteligencia y Asemia van estrechamente ligadas. Hay asemia verbal, gráfica y mímica, clasifica los trastornos en dislogias, disartrias, disfasias de la dicción y dislogias de la forma del pensamiento.

Distingue cuatro centros: dos motores y dos sensoriales, estos dos últimos unidos a los centros de la ideación. Si se lesiona uno de estos centros del lenguaje, se produce la afasia cortical (anartria, --agrafia, sordera verbal, ceguera verbal) y si se produce una lesión en las vías que los unen aparecen las afasias transcorticales.

WERNICKE en 1885, basándose en LICHTHEIM amplia su doctrina anterior y admite una distribución asociacionista de los diversos centros primarios en dos planos, distinguiendo siete tipos de afasia: dos corticales, (SENSORIAL Y MOTRIZ), dos subcorticales y tres transcorticales o de conducción.

Admite cuatro tipos de imágenes subordinadas a un centro intelectual común:

- 1.- Imágenes auditivas verbales.
- 2.- Imágenes visuales verbales.
- 3.- Imágenes motoras de la articulación
- 4.- Imágenes motoras gráficas.

Cada una de este tipo de imágenes, reside en un centro distinto de memoria verbal, cuya destrucción determinaría un tipo peculiar de afasia.

CHARCOT (1887) sostuvo que una palabra es un complejo compuesto-

de cuatro elementos fundamentales: una imagen auditiva, una imagen visual y dos componentes motores; una imagen de articulación y una imagen motora gráfica. Para cada uno de ellos corresponde una forma de amnesia responsable de la correspondiente variedad de afasia, estableciendo que los diferentes grupos de memorias se localizaban en ciertas regiones del cerebro.

FREUD (6) (1891) influenciado por Jackson, critica fuertemente a los "Hacedores de Diagramas" especialmente a Wernicke y Lichtheim. Hace un análisis acusioso de las simplificaciones de la localización cerebral y de la correlación entre las funciones psicológicas y fisiológicas, elaborando su interpretación psicológica del lenguaje y concluye, que las bases anatómicas del habla, consistían de una área continua en el hemisferio cerebral izquierdo ligando las áreas corticales visual y auditiva con la corteza motora. Reconoció tres tipos de afasia:

- 1.- Afasia puramente verbal
- 2.- Afasia Asimbólica
- 3.- Afasia Agnóstica

Cuando la lesión se encuentra cerca de un centro motor, determinará un cuadro de afasia motora, mientras que si la lesión está cerca del centro visual, reproducirá la ceguera verbal; o en el centro auditivo se llamará sordera verbal. Siendo él quien introdujo el término "Agnosia".

La destacada intervención de Baillarger en 1865 en la Academia de Medicina, aportó la noción de la disociación en los usos voluntarios

(6) Brain R.W. Ob. cit.

y automáticos del lenguaje, noción que Jackson llamó "el principio de - Baillarger".

La obra de JACKSON (7) perseguida durante treinta años (1864- -- 1893) constituye dentro de la historia de la afasia una etapa capital.- Su contribución sobre trastornos del lenguaje fue publicada en 1864, -- hasta que Arnold Pick escribió sobre "H. Jackson, el pensador más pro-- fundo en Neurofisiopatología, del siglo pasado", insistió en la necesi-- dad de estudiar y clasificar el fenómeno, antes que intentar correlacio-- narlo con cambios morfológicos. El habla es una función de actividad -- mental, no obstante que mucha de esta actividad puede estar ligada con-- la integridad de alguna porción de la substancia cerebral. El problema-- es básicamente psicológico.

Reconoce que todo el fenómeno es primeramente psíquico y que so-- lamente y en segundo lugar es susceptible de explicación fisiológica o-- anatómica. Encontró que el fenómeno de la afasia no existe solo, enfati-- zando la importancia de reconocer que la disolución ocurre primero, en-- la actividad neural o mental más altamente organizada y después en ni-- veles mas inferiores.

El núcleo del pensamiento Jacksoniano reside en el principio de-- la disolución de las funciones, en orden inverso a su evolución. Apli-- cado este principio a la afasia, el lenguaje puede ser elaborado a nive-- les funcionales diferentes que pasan del lenguaje afectivo, al lenguaje como vehículo de información objetiva; del lenguaje automático al len-- guaje voluntario; del lenguaje práctico o arcaico al lenguaje proposicio--

(7) Head H. Ob.cit.

nal. El afásico no ha perdido su vocabulario, pero sí el uso de éste a niveles funcionales más elaborados. (8)

GRASSET (1896) (9) habla sobre las afasias llamadas "corticales" debidas a lesiones de los centros supracitados. Las afasias denominadas "subcorticales" serían producidas por lesiones de las fibras que unen entre sí a dichos centros y las llamadas "transcorticales" serían el -- producto de lesiones que unen los centros con su centro hipotético de Grasset o centro de la conciencia.

La Doctrina Clásica termina con este autor y su polígono y fue defendida esencialmente por Lichtheim y la escuela alemana.

El siguiente acontecimiento en la historia de la afasia ocurrió en 1906, cuando PIERRE MARIE atacó las concepciones, por largo tiempo aceptadas, de Broca y Wernicke, efectuando una revisión de los cerebros del museo de DUPUYTREN. Derrumba así, la teoría clásica mediante grandes discusiones y polémicas entabladas en particular con Dejerine quien sostenía la teoría clásica. Atacó la distinción entre afasia motora y sensorial, reconociendo que:

1o. Existe solamente una afasia (la afasia de Wernicke)

2o. La llamada afasia de Broca no sería realmente una afasia sino simplemente una anartria producida por lesiones del cuadrilátero de Pierre Marie.

3o.- No debe hablarse más de afasias subcorticales y transcorticales y

4o.- Establece el concepto de que "el afásico es un aminorado in

(8) Tissot T.R. "Neuropsychopathologie de L' Aphasie"

(9) Valdéz D.F. "Concepto actual de las afasias".

telectual, un demente del lenguaje".

DEJERINE (1908) objetó a Pierre Marie desde un punto de vista -- ortodoxo, que involucraba la pérdida de imágenes del lenguaje. No admite el centro de la escritura. Niega la existencia de afasias transcorticales. La agrafia sería un trastorno del lenguaje interior y clasifica a las afasias en:

- a.- Afasia motora (afasia motriz de Broca o afasia motriz pura, y
- b.- Afasia sensorial de Wernicke, debida a lesiones de la circunvoluciones primera y segunda temporal y pliegue curvo.

Acepta la existencia de la ceguera y sordera verbal puras por lesiones subcorticales de la fibras de proyección de los centros. La afasia total sería la suma de elementos integratorios de la afasia de Broca y de la afasia de Wernicke.

CHARLES FOIX (1917) hizo una importante consideración del lenguaje interno que se descompone en tres elementos: amnésico, agnóstico y -- disfásico. El primero agrupa al afásico y los síntomas intelectuales, -- el segundo los síntomas son originales y en el disfásico los síntomas--son de expresión motora.

SOUQUES Y DUPRE (1908) (10) introducen el factor psicológico en la afasia. Insisten en que la afasia motora no era un problema de articulación de palabras, pero sí la dificultad en describir la correcta expresión verbal. Todas las afasias, tanto motoras como sensoriales, son -- un defecto psíquico en el uso del lenguaje. La Anartria, por otro lado, es un Síndrome motor y un desorden del lenguaje.

(10) Head H. Ob. cit.

En la afasia las imágenes motoras de las palabras son recordadas con dificultad, su representación Kinestésica viene a ser imposible, debiendo interferir con las asociaciones y en los modelos habituales de evocación.

NIELSEN, en 1910, uno de los más modernos localistas que han descrito una serie de trastornos con sus correspondientes localizaciones - y terminologías, reconoce una afasia visual o agnosia visual y una afasia amnésica.

HENSCHEN (1920-1925) revisó 1377 artículos de la literatura clásica localizacionista, publicando los resultados de su estudio en tres volúmenes. Sostuvo que el centro cortical del oído estaba situado bilateralmente en el giro transversal de Heschl, la destrucción bilateral de esta porción causaba sordera. Distinguió dos centros en el lóbulo -- temporal izquierdo, relacionados con la comprensión del lenguaje hablado, un centro del sonido de la palabra en la parte posterior del primer giro temporal y otro centro del sentido de la palabra situado en una -- parte extensa alrededor del lóbulo temporal. La destrucción del T1 interlineal causaría la incapacidad para entender el lenguaje hablado, -- aunque el significado de los sonidos estaría conservado (como prefiere llamarlo Henschen, "sordera del habla").

KLEIST (1928-1930, 1934-1956 y 1959) (11) es también un localizacionista, basó sus estudios clínicos y patológicos en pacientes heridos de la primera guerra mundial, clasificó cuatro tipos de afasia senso- -rial, como sigue:

- 1.- Sordera de sonidos de palabras.
- 2.- Sordera verbal.

(11) Brain R.W. "Speech Disorders".

3.- Sordera de nombre, y

4.- Sordera de oraciones, teniendo cuatro formas motoras correspondientes que son: sonido, nombre, palabra y oraciones silenciosas.

La sordera de sonidos de palabras correspondería a la clásica -- sordera verbal; se localiza la lesión, tanto en la materia blanca sub-- cortical, como en la corteza del giro transversal. La sordera verbal -- que correspondería a la afasia de Wernicke, se debería a una lesión en la parte posterior de Tl.

Kleist inventó el término de "agramatismo" para describir con -- fusiones en el uso y orden de palabras y formas gramaticales.

VON MONAKOW (1914) y MOURGE (1928) (12) hicieron numerosas observaciones clínicas sobre afasia, apraxia y agnosia y atacaron a los localizacionistas en sus teorías. El primero de estos autores y de acuerdo con Pierre Marie, introdujo el concepto de "Diasquisis", implicando así que una lesión en cualquier punto de la zona del lenguaje, altera el -- conjunto. El lenguaje sería un proceso cerebral integral, descartándose el criterio de los centros anatómicos circunscritos, reconoce una afa-- sia sensorial y una motora, a pesar de que afirmaba que en cada pacien-- te, los síntomas cambian, así como su recuperación o deteriorización. - Por lo tanto, no existe la afasia en sí, sino sólo pacientes afásicos.

El término de "Psicólogos Clínicos" (13) fue aplicado por Henry- Head a un grupo de clínicos, quienes primeramente habían hecho estudios psicológicos, pero que más tarde se dedicaron al estudio de la afasia, - buscando interpretarla, tanto en términos de Psicología del Lenguaje co

(12) Valdez Delius F. Ob cit.

(13) Brain R.W. Ob.cit.

mo en términos de trastornos psicológicos más generales, de los cuales el desorden del lenguaje era solo una manifestación. El mismo Head pertenece a este grupo, quienes directa o indirectamente siguen las ideas de Hughlings Jackson.

ARNOLD PICK (1905, 1913, 1931) fue uno de los primeros trabajadores en este campo. Su principal contribución al estudio de la afasia ha sido su estudio psicológico de los trastornos de aquellos procesos los cuales "El Habla Escuchada" pasa al pensamiento e inversamente, el pensamiento se convierte en expresión.

Dividió la afasia en forma expresiva y forma impresa, correlacionando la forma expresiva con lesiones del lóbulo frontal y la forma impresa, con lesiones del lóbulo temporal. Para la afasia impresa prefirió usar el término de "sordera verbal" al término de "sordera de palabra".

KURT GOLDSTEIN (1924, 1926, 1931, 1933, 1948) escribió sobre muchos aspectos de afasia. Sus observaciones clínicas lo llevaron a elaborar ciertos principios generales de función cerebral, los cuales subrayaron sus interpretaciones de los resultados de las lesiones locales.

El organismo siempre funciona como un TODO y "Es pura apariencia si las lesiones parece localizadas en porciones circunscritas". La distribución de excitación es gobernada por el proceso dominante y el proceso de fondo. La diferenciación de éstos, vino a ser desorganizada por daño y es reemplazada por dediferenciación. Las lesiones cerebrales en diferentes situaciones, conducen a diferentes cuadros clínicos, debido a diferentes regiones de actividad, son afectadas en extensión mayor o menor por el proceso de dediferenciación.

La cantidad de energía de que dispone un organismo total es relativamente constante. El organismo dañado parece realizar su objetivo lo mejor que puede y emplea un rodeo cuando una ruta funcional más directa está imposibilitada.

Los significados de expresión verbal nunca se manifiestan aisladamente sino siempre en combinación o síntesis con otros fenómenos psicológicos, los cuales sólo podemos aislarlos artificialmente. Algunos otros puntos de vista, pueden ser mencionados para ilustrar sus principales ideas, por ejemplo: en la afasia motora puede haber mayor dificultad para pronunciar una letra o una palabra aislada, que como una parte de una serie motora, esto corresponde a una dificultad para diferenciar una figura de su fondo. En la afasia amnésica, el paciente puede escribir en otras actividades fuera del lenguaje, como por ejemplo en seleccionar colores una categórica defectuosa, de la cual la dificultad en nombrar objetos es otra manifestación, distinguió acertadamente el agramatismo, el estado telegráfico al cual lo considera como una manifestación de la afasia motora, del paragramatismo el cual es un desorden del lenguaje interior y la construcción de una oración. Entiende que la palabra es una entidad psíquica sostenida en una central entre las funciones sensoriales y motoras del lenguaje, llamando a este trastorno afasia central.

Otros investigadores efectuaron estudios sobre el aspecto psicológico de la afasia incluyendo a VAN WOERKOM (1921-1931) MOURGUE (1921) BOUMAN Y GRUNBAUM (1925) WOLPER (1930) ISSERLIR (1931) VON KUENBURG --- (1930) y LOTMAR (1933).

El primero de todos los autores anteriormente citados, observó -

a pacientes con afasia motora y trastornos de percepción de tiempo y espacio. Llegó a la conclusión de que la evocación de las relaciones--espaciales y la noción del ritmo son esenciales para el desarrollo del pensamiento simbólico. Más tarde aportó los conceptos más generales de la escuela Gestáltica.

BOUMAN Y GRUNBAUM atribuyeron la afasia a fallas en el proceso-psíquico general de diferenciación. El paciente capta solamente un total de impresiones amorfas. El punto de vista de WOLPERT es similar y--MOURGUE ve en ambas formas clásicas de afasia un trastorno de la "Fonction de decoupage et de apposition de L' intelligence". ISSERLIN, revisó la literatura que trata sobre las relaciones entre lenguaje y la --formación de conceptos, afirmando que la ejecución verbal de los pacientes afásicos es frecuentemente desordenada como resultado de la falla--para encontrar palabras. VON KOENBURG encontró que la conducta categoríca, puntualizada por GOLDSTEIN, no estaba siempre presente en sujetos--normales y que, la clasificación defectuosa en pacientes afásicos puede ser el resultado de la falta de palabra. LOTMAR (1933) criticó la --concepción de Goldstein sobre la afasia amnésica, desde un punto de --vista similar.

HENRY HEAD (1920-1926) revisó y desarrolló los conceptos dinámicos de Hughlings Jackson, siendo su contribución tan importante como --la de éste. Hizo un sumario crítico sobre los trabajos y las aportaciones de sus predecesores. Creó una serie de tests designados no solamente para mostrar cómo el lenguaje estaba trastornado, sino también -- otros aspectos de la función mental.

Al grupo de funciones que sufren un alto grado de trastornos del

lenguaje, les aplica el término de "Expresión y formulación simbólica". Estos actos están integrados a un nivel superior al de la motividad y son de un orden más alto que el de la visión o audición, por consecuencia, las manifestaciones clínicas no pueden ser clasificadas como trastornos del lenguaje o trastornos motores, visuales o auditivos. El considera que existen cuatro tipos de afasia: nominal, sintáctica, semántica y verbal.

KINNIER WILSON (1909, 1920, 1921 y 1926) expresó sus puntos de vista sobre la afasia en una pequeña monografía llamada "El síntoma completo de la afasia". Puntualizó, que la afasia debe de ser estudiada -- desde tres puntos de vista:

- 1.- Cuál es el sitio anatómico de la lesión que produce el trastorno?
- 2.- Cuáles son los mecanismos fisiológicos involucrados?
- 3.- Cuál es la naturaleza de la alteración psicológica?

Si alguno de estos tres puntos es ignorado, cualquier estudio -- sobre el tema es incompleto.

Considera que las clasificaciones anatómicas son defectuosas por el hecho de que por regla general, existen más casos de afasia mixta -- que de afasias puras.

Wilson prefiere usar el término de afasia expresiva, al término de afasia motora y el de receptiva, al de sensorial.

Termina su revisión de la afasia, considerándola en relación con la apraxia y la agnosia.

WEPMANN (1951) descubre que los desórdenes afásicos del lenguaje afectan todas las modalidades de éste, sin ser limitadas al lenguaje es

pecífico. Este autor acepta los siguientes trastornos: afasia expresiva, anomia, agnosia, apraxia y parafasia, incapacidad para producir repetidamente movimientos musculares articulatorios en forma rítmica, amusia o agnosia auditiva, agnosia visual de la palabra, apraxia de la escritura (agrafia) y apraxia del cálculo.

CONRAD (1954) enfatiza la relevancia de las Gestalt en la afasia y sentando las bases para que más tarde Alajouanine notará la importancia de lo que llama "ensambles" en la organización del lenguaje y la acción.

ALAJOUANINE (1949-1956) y MOZZICONASSI en una monografía sobre la afasia nos dicen, que las características de la anartria, es la desintegración fonética y la disociación automático voluntaria fundamental en la afasia de Broca, así como lo característico de la afasia global de Wernicke.

En 1956 Alajouanine clasificó los síntomas de la afasia en: estereotipia verbal, agramatismo, trastornos fonéticos y jergafasia, discute sobre su prognosis y llega a la conclusión de que entre la anartria en el lado eferente y la agnosia en el lado receptivo, hay solamente dos clases de afasia, que identifica en terminos no descriptivos, como de Broca y de Wernicke.

BAY, en 1957 llegó a conclusiones similares a las de Alajouanine criticando las clasificaciones tradicionales y sosteniendo que los diferentes tipos de afasia tradicional, son una colección de trastornos heterogéneos, de diferente patología. Bay cree que la diferencia entre la afasia amnésica y la sensorial, no se encuentra en la esfera de la función del lenguaje. El trastorno del lenguaje es idéntico, pero en --

la afasia sensorial está agregado un trastorno psicológico independiente, caracterizado por un impedimento eufórico de "insight" y la capacidad para autocriticarse en la ejecución del habla.

MCDONALD CRITHLEY (1939-1960) ha contribuido a la concepción de la afasia con un gran número de trabajos, siendo uno de los más notables su monografía sobre "El lenguaje gesticulado" y otros estudios efectuados por él, que tratan del "Pensamiento táctil en el ciego, defectos articulatorios en la afasia y la naturaleza y contenido de la afasia de expresión". En su libro sobre "Lóbulo Parietal" hizo una revisión del significado de esa parte del cerebro, en relación al lenguaje y a otras funciones simbólicas y perceptuales. Ha incluido en el estudio de la afasia datos sobre el campo lingüístico.

LORD R. BRAIN (1961) (14) este autor distingue dentro del problema de la afasia, tres tendencias:

1.- La tendencia psicoanatómica "ingenua". El método que sigue está fundamentado sobre clasificaciones que son en parte anatómicas, fisiológicas y psicológicas. Corresponden a esta tendencia los "dibujantes de diagramas" de la psicología asociacionistas, actualizados en la obra de Kleist. Para este autor el cortex está dividido en un mosaico de localizaciones anatomofuncionales, que corresponden a las dicotomías sucesivas de una clasificación, cuyas dos ramas principales son: la afasia motriz y la sensorial. Las formas clínicas distinguidas por Hoff, Conrad, Goldstein, Luria y Hecaen, quedan agregadas a esta línea tradicional.

(14) Tissot. R. Ob.cit.

2.- Tendencia de los clínicos "psicologizantes" caracterizada -- por el intento de describir y clasificar la afasia únicamente en función de referencias psicológicas (Head, Goldstein, Conrad y Luria). Según Brain, estos autores basan sus clasificaciones en la teoría de la Gestalt, así como en las nociones clásicas de la afasia sensorial y motriz. Definen la afasia amnésica (trastornos de la denominación) como una pérdida de la "actitud categorial" del poder de abstracción.

3.- Las clasificaciones empíricas:

Representada principalmente por P. Marie y los autores franceses tales como Ch. Foix, Th. Alajouanine, A. Ombredane, J. de Ajuriaguerra y F. Lhermitte, quienes han aceptado el cuadro de las formas clínicas - definidas por P. Marie. Su atención se concentra sobre la fisiopatología de los trastornos del lenguaje.

En los Estados Unidos de Norteamérica, ésta tendencia está representada por Goodglass y su escuela, quien confirma el valor de la dicotomía: afasia de Broca y afasia de Wernicke, mediante la aplicación de numerosos tests objetivos.

En Alemania, el principal seguidor de esta orientación es Bay, - quien asegura que la afasia es una, "la genuina afasia", caracterizada por el defecto del símbolo verbal que entraña un trastorno de la denominación y de la designación. Todos los otros trastornos que presentan -- los afásicos, serían de origen extra-verbal.

WEISSENBURG Y MACBRIDE, SCHUELL Y WEPMAN, entran dentro de esta tendencia, reconociendo este último en la afasia un momento gnósico, un momento simbólico y un momento práxico. Distingue en toda actividad del lenguaje, niveles de complejidad creciente, fundándose parte en crite--

rios fisiológicos y parte en criterios psicológicos. Estos niveles serían; un nivel de actividades reflejas, un nivel de actividades imitativas y un nivel de actividades conceptuales. Propone dividir las afasias siguiendo un orden de gravedad que correspondería a los estados -- del desarrollo del lenguaje del niño.

MODELO DEL LENGUAJE AFASICO Y DESARROLLO DEL LENGUAJE
JE INFANTIL DE WEPMAN (15)

<u>ESTADOS DEL DESARROLLO</u>	<u>ESTADOS DE AFASIA</u>
Sin habla	Global
Baluceo	Jerga
Habla fortúita	Pragmática
Símbolos sustantivos	Semántica
Gramática	Sintáctica

Después de analizar estas tres tendencias estudiadas por Brain, -- es de justicia presentar cuál es la clasificación que propone él mismo -- en su libro de Neurología Clínica: (16)

- 1.- Sordera verbal pura
- 2.- Afasia central (afasia sintáctica)
- 3.- Afasia nominal (afasia amnésica)
- 4.- Afasia expresiva (afasia cortical, motora-verbal)
- 5.- Mudéz verbal pura (afasia motora subcortical)
- 6.- Formas mixtas de afasia.

(15) Agranowits A. "Aphasia Hand-book".

(16) Brain R.W. Ob. cit.

CHARLES OSGOOD (1963) (17) define la afasia como un desorden en la conducta verbal. Dado que el lenguaje verbal abarca casi todo el proceso de la conducta general (visión, percepción auditiva, recepción auditiva, procesos simbólicos, percepciones visomotoras, expresión). Esta definición no sirve para propósito de diagnóstico neuroquirúrgico o para el terapeuta clínico.

NAVA SEGURA (1963) (18) este autor identifica el lenguaje como-- formado por una serie de símbolos que sirven para comunicarse con nuestros semejantes. Si los símbolos son emitidos por el aparato de la fonación, se denominan lenguaje verbal u oral; si los símbolos se escriben se denomina lenguaje escrito.

Las características fundamentales del lenguaje son:

- a.- Ser una representación de las cosas del mundo, y
- b.- Servir de vehículo de comunicación con los semejantes y con uno mismo.

Reconoce las zonas cerebrales 40, 39 y 37, del hemisferio izquierdo como fundamentales para la comunicación del significado y la comprensión del mismo, para la formulación de las respuestas y la búsqueda de las palabras del lenguaje verbal. Si la lesión está en el área 37 de - Brodman, el enfermo oye las palabras, las reconoce pero no comprende -- su significado y es incapáz de formular la idea de la respuesta. Estos defectos se denominan "afasia de comprensión de Wernicke". Si la lesión se encuentra en la tercera circunvolución frontal izquierda, el enfermo posee el mecanismo de la comprensión y formulación de la idea de la res

(17) Osgood Ch. Miron MS. "Approaches to the Study on Aphasia".

(18) Peinado Altable J. "Trastornos del Lenguaje".

puesta, pero no la puede expresar (afasia de Broca o de expresión).

Las áreas 40 y 39 son primordiales para:

- 1.- El autoconocimiento del cuerpo
- 2.- La orientación intracorporal
- 3.- La adquisición del sentido del cálculo.
- 4.- La comprensión e ideación del lenguaje oral y escrito
- 5.- La planeación de actos motores complicados

PENFIELD y ROBERTS (1963) (19) en colaboración con su equipo de Montreal, estudiaron a un grupo de pacientes por medio de estimulación eléctrica en áreas corticales y encontraron tres áreas principales involucradas en los trastornos del lenguaje. Estas áreas son:

- 1.- El área de Broca
- 2.- El área parieto-temporal
- 3.- Las áreas motoras primarias y secundaria.

En el hemisferio izquierdo a nivel del área de Broca y dentro -- de la región perisilviana posterior, la estimulación provoca lo que Penfield llama "distorciones afásicas".

RENATO SEGRE (1965-1967) considera la afasia como un trastorno -- del lenguaje consecutivo a lesiones corticales, preferentemente destinadas a la elaboración de las imágenes sensoriales o motrices en relación a la palabra. La lesión anatómica y funcional está limitada a las zonas sensoriales o motrices del lenguaje.

Divide la afasia en: afasia expresiva o motriz, receptiva o sensorial, mixta o total, afasia amnésica nominativa y trascortical.

GOODGLASS (1966) (20) en los Estados Unidos él y su escuela son los únicos que han adoptado la clasificación de la escuela francesa. -- Mostró que numerosos tests objetivos, en particular el estudio de la extensión de las frases, confirman el valor de la siguiente dicotomía: -- afasia de Broca y afasia de Wernicke.

AJURIAGUERRA (1966) (21) realizó estudios sobre la fisiopatología de los trastornos del lenguaje y acepta las formas clínicas definidas por P. Marie. Pertenece a la corriente de autores antinoéticos que reconocen múltiples mecanismos fisiopatológicos de la afasia.

En 1969 en unión con Hecaen, publicó su libro "Le cortex cerebral Etude neuropsychopathologique". Llegan a la siguiente conclusión en su primera edición: "La función lingüística está estrechamente unida a la función del pensamiento, porque es un todo indisoluble pensamiento-lenguaje. Si se altera alguno de estos componentes el todo se perturba".

A.R.LURIA, después de 1947, en una serie de trabajos y basándose principalmente en las afasias traumáticas, elaboró una clasificación -- de los trastornos afásicos que podría ser llamada "psicolingüística y anatomofisiológica".

(20) Travis L.E. y otros Ob.cit.

(21) Hecaen H. y otros "Approche Linguistique des Aphasies".

II.- NOMENCLATURA Y CLASIFICACION.

Doctrina Clásica.

La Doctrina Clásica, cuyos principales representantes son Broca y Wernicke, considera que el lenguaje es el resultado de numerosas conexiones de funciones elementales por reflejos y las localizaciones de -- áreas corticales aisladas. Las lesiones en estas áreas producirían el - rompimiento de sus respectivas funciones elementales, resultando así, - los patrones clínicos específicos de los diferentes tipos de afasia. Es to implicaría que el trastorno lingüístico o la manifestación afásica, - correspondiera inmediata y exclusivamente a una lesión en las áreas cor ticales. (22)

Estos autores tomaban en cuenta tres tipos de afasia, según el - sitio de la lesión:

A.- Las llamadas afasias "corticales" debidas a lesiones en:

- a.- Centro de la palabra hablada o centro de Broca, (correspondería a los dos tercios posteriores de la circunvolución frontal - Area 44 de Brodmann en el hemisferio izquierdo para sujetos diestros).
- b.- Centro de la escritura (Exner)
- c.- Centro auditivo verbal o centro de Wernicke (corresponde a focos extensos situados en la región del lenguaje del lóbulo temporal tercio posterior de la primera circunvolución posterior y en la parte limítrofe del pliegue supramarginal. Areas 42, 18, 19, 39 y parte del 22 en el hemisferio izquierdo en sujetos diestros).

(22) Valdéz Delius F. Ob. cit.

d.- Centro visual verbal (Dejerine)

B.- Afasias "subcorticales" producidas por lesiones de las fibras que unen entre sí los centros anteriormente citados. Y

C.- Las afasias llamadas "transcorticales" producto de las lesiones de las vías que unen dichos centros con un centro hipotético de Grasset o centro de la conciencia.

DEJERINE.- (23) Autor que considera que la afasia total es una combinación de la forma de afasia motora y de la forma de afasia sensorial. Ataca la palabra anartría considerando a ésta como un problema crónico de articulación. Ocurre este tipo de problema en la parálisis pseudobulbar. La afasia de Broca es una afasia motora que se acompaña de falta de palabras, marcados trastornos en la escritura y muy ligeros en la lectura. La afasia sensorial estaría caracterizada por ceguera verbal y sordera verbal.

Terminología según Dejerine para designar a los diferentes tipos de afasia:

Afasias Motoras: Afasia Motriz de Broca y Afemia o Afasia Motriz pura.

Afasia de Wernicke: Afasia sensorial por lesión de T1 y T2 y pliegue curvo.

Sordera Verbal: Incomprensión a la palabra hablada.

Ceguera Verbal: Incomprensión a la palabra escrita.

Alexia: Ceguera Verbal.

PIERRE MARIE (el iconoclasta) atacó las doctrinas ortodoxas so--

(23) Valdéz Delius F. Ob cit.

bre la afasia en varios aspectos:

1.- Negó la validez de las observaciones clínicas, basadas únicamente en la sintomatología.

2.- Se negó a dar sus puntos de vista sobre la localización cerebral.

3.- Niega las afasias corticales, subcorticales y transcorticales. Las clasificaciones "Geométricas" anteriores a la afasia, estaban basadas en los conceptos de "Imágenes motoras" del lenguaje, localizadas al pie de F3, cuyas lesiones producirían una afasia motriz por pérdida de las imágenes motrices de las palabras.

Marie substituyó la nomenclatura fisiopatológica existente por una clasificación simplificada y neutra de la afasia; considerándola como única y los trastornos que ella entraña se manifestarían en todas las modalidades del lenguaje: comprensión oral, lectura, escritura y palabra. Por lo tanto, la afasia debe ser distinguida de las formas disociadas que no son afasias, como por ejemplo: La alexia sin trastorno de lenguaje estaría dentro del contexto de una agnosia visual; la sordera verbal, sin afasia forma parte integrante de una agnosia auditiva no limitada al reconocimiento del lenguaje hablado; la anartria sería una pérdida de la articulación sin trastorno del lenguaje escrito; la agrafia y la acalculia sin daño del lenguaje estarían bajo el contexto de los trastornos práxicos.

A la afasia considerada como un trastorno del lenguaje en su totalidad PIERRE MARIE le da el nombre de afasia de Wernicke.

La afasia de Broca resultaría de la Reunión de una afasia de Wernicke y una Anartria.

Terminología según Pierre Marie:

1.- Una sola afasia: Afasia de Wernicke

2.- Afasia de Broca: Anartria

3.- Afasia: Demencia del lenguaje

J.M. NIELSEN, considera que la dificultad para ejecutar el lenguaje está relacionada a un sitio específico de patología cerebral:

1.- Una lesión en el ísmo del lóbulo temporal dominante, incapacita completamente al área más importante del lenguaje.

2.- En la afasia motora la lesión afecta fibras de la importante circunvolución de Broca y en su trayecto y la circunvolución prerrolándica ipsilateral. La lesión en la afasia de Wernicke afecta al lóbulo temporal principal, especialmente la circunvolución temporal superior en su mitad posterior. La alexia afásica es referible a una lesión en el lóbulo temporal principal. La afasia de formulación y la Afasia de jerga, son causadas por lesiones del lóbulo temporal principal, en el área 37.

3.- La Agrafia: sí es el único síntoma presente puede estar causada por una lesión en el límite entre la circunvolución angular principal y el lóbulo occipital o por una lesión de la segunda circunvolución frontal principal.

4.- Ciertas Agnosias son altamente específicas en su localización.

WEPMAN, (24) en su libro "Recovery from Aphasia" prefiere hablar de "impedimentos de lenguaje" en lugar de utilizar la palabra afasia -

(24) Nieto H.M. "Anomalías del Lenguaje y su corrección.

puesto que considera que existe una gran discrepancia semántica entre - los diversos autores que se ocupan del tema.

Este autor clasifica los tipos de afasia de la siguiente manera:

1.- Afasia expresiva: Con síntomas predominantemente motores.

2.- Afasia receptiva: Pacientes con predominio de los síntomas - sensoriales.

3.- Afasia expresiva-receptiva: Pacientes que tienen síntomas -- mixtos.

4.- Afasia global: Pacientes cuyo daño cerebral es muy severo y - en quienes se encuentran afectados todos los aspectos del lenguaje, por lo que se dificulta determinar la naturaleza de los trastornos.

5.- Agnosia: pérdida de la habilidad para reconocer objetos o -- símbolos a través de las vías sensoriales.

6.- Apraxia: Pérdida de la habilidad para la ejecución de los mo vimientos simples voluntarios, alterándose el aparato fonoarticulador pa ra la producción del lenguaje.

HENRY HEAD, (25) el importante trabajo realizado por Head, lo -- llevó a distinguir las siguientes formas de afasia:

1.- Afasia Verbal

2.- Afasia Sintáctica

3.- Afasia Nominal

4.- Afasia Semántica

Fue influenciado por los trabajos realizados por Jackson y cen-- tró sus estudios sobre la concepción de la afasia en función de la per-

(25) Head H. "Aphasia and Kindred disorders of Speech".

turbación de la formulación simbólica, esta clasificación lleva a una sistematización del aspecto, sobre todo lingüístico que involucra solamente un aspecto de los trastornos afásicos.

A.- Afasia Verbal: es el equivalente de la afasia motriz de los clásicos (asociada a lesiones de las partes posteriores de la circunvoluciones frontales media e inferior del hemisferio izquierdo de los sujetos diestros).

Head nota el predominio de los trastornos árticos e insiste igualmente en el daño del "lenguaje interior" que se objetiviza por la perturbación de todas las vías que necesitan una verbalización en su realización. Nota, asimismo, trastornos en la comprensión oral y léxica que serían rápidamente regresivas. Esta afasia corresponde a la afasia de Broca de los autores franceses. El paciente se distingue principalmente por un defecto en el poder para formar palabras individuales. En casos muy severos, sólo es capaz de producir una o dos palabras aparte del "lenguaje automático".

B.- Afasia Sintáctica (lesión de la circunvolución temporal superior izquierda). Corresponde al paragramatismo de la afasia sensorial de Kleist y de los autores alemanes.

La sintaxis de las oraciones está afectada y los paciente logorreicos que tienen trastornos limitados de la comprensión oral y léxica se expresan en forma de jergafasia, caracterizándose por trastornos del balance y ritmo de las palabras u oraciones dichas en sucesión con frases defectuosas o palabras mal pronunciadas...Es mejor, en estos enfermos su escritura que su capacidad de expresión, entiende bien las palabras aisladas, puede obedecer órdenes, excepto cuando exigen el re-

cuerto preciso de una frase hablada.

C.- Afasia Nominal (en sujetos diestros lesión de la circunvolu-
ción angular izquierda, parte posterior de la circunvolución temporal-
superior izquierda y corteza parietal adyacente). Está caracterizada--
por la incapacidad para nombrar objetos y entender el significado nomi-
nal de las palabras. La palabra en sí, está reemplazada por una perí-
frase y el sujeto no presenta trastornos árticos ni de la construcción
de la frase, pero es incapaz de nombrar los objetos que reconoce. Pre-
senta trastornos léxicos y gráficos, así como de ejecución de órdenes-
complicadas. Cuando este síndrome está muy acentuado, correspondería a
la afasia global de Pierre Marie.

Desde el punto de vista lingüístico, merecería ser calificada -
de Semántica.

D.- Afasia Semántica (lesión que en sujetos diestros se encuen-
tra en la circunvolución supramarginal izquierda) los enfermos se ca-
racterizan por designar y repetir correctamente el conjunto de pala-
bras de un concepto, pero no llegan a comprender ni expresar verbalmen-
te el significado de este conjunto, en otras palabras, se caracterizan
por la incapacidad para apreciar el significado metafórico de las pala-
bras y frases (connotación) aparte de su significado inmediato (denota-
ción). Existe una pérdida del poder para llegar a conclusiones lógicas
de una sucesión dada de ideas o serie de acciones. Puede leer pero sin
comprender o mal interpretar el significado de lo leído.

TH. ALAJOUANINE (26) considera tres tipos de afasia:

1.- Afasia sin trastornos de la articulación verbal que corres-
pondería: a la afasia temporal, afasia de conducción, afasia central.-

(26) Alajouanine T.H. "L' Aphasie et le langage pathologique".

Este tipo de afasia estaría ligada a perturbaciones que recaerían sobre todas las actividades del lenguaje. La expresión verbal en estos pacientes es abundante, logorréica y con una evocación inadecuada de palabras con substitución o deformación (una palabra por otra, para-fasias diversas) estos pacientes crean neologismos, hacen perseveraciones y tiene un empleo anormal de la sintaxis. La disociación automáti--co-voluntaria está particularmente enfatizada, los trastornos predominan sobre el lenguaje proposicional, respetando las fórmulas automáticas. La comprensión oral está siempre trastornada en proporciones importantes -- y la repetición es incorrecta o imposible. La lectura en voz alta y la escritura por dictado están mas dañadas que la lectura en silencio y la escritura espontánea.

En este tipo de afasia es en donde podemos encontrar más marca--das las alteraciones concomitantes del lenguaje automático, del lenguaje musical y de ciertos aspectos del lenguaje gestual. En este tipo de afasia el trastorno principal es la alteración de los valores semánti--cos.

2.- Afasia con trastornos articulatorios o afasia de Broca. (afasia motriz): Según Pierre Marie correspondería a la Afasia de Wernicke-- más la Anartria.

Se caracteriza por la existencia de trastornos articulatorios -- asociados a trastornos afásicos propiamente dichos. Los aspectos clínicos de esta afasia dependen de la importancia recíproca de sus dos elementos: Afasia y trastornos articulatorios.

3.- Daños aislados de los polos receptivo y expresivo del lenguaje (afasias puras de los autores antiguos) afasias disociadas. Estas --

afasias corresponden a la subcorticales de la escuela asociacionista -- en contraste a las afasias corticales llamadas motriz y sensorial.

Se caracterizan por ser trastornos aislados de la realización -- verbal o escrita, o de la utilización de la recepción de los mensajes -- verbales o escritos.

CUADRO GENERAL SOBRE LA CLASIFICACION DE LA AFA-
SIA SEGUN ALAJOUANINE (27)

I.- AFASIA SIN TRAS-
TORNO DE LA ARTICU-
LACION VERBAL.

- a.- Afasia temporal completa (expresión verbal considerablemente deformada; comprensión casi nula; incapacidad para la lectura y la escritura; anosognosia y excitación emocional, hemianopsia, trastornos sensitivos, somato-agnosia, indiscriminación derecha-izquierda.
- b.- jergafasia, caracterizada por jerga incoherente, asemántica mas que fonémica.
- c.- afasia temporal de predominio sensorial (comprensión oral muy defectuosa con agnosia auditiva).
- d.- afasia amnésica (Pitres) trastorno para la evocación verbal particularmente de los sustantivos. Comprensión oral y escrita normal.

Excepcionalmente presentan hemiplejia en contraste con los pacientes que presentan afasia de Broca.

(27) Alajouanine T.H. Ob. cit.

II.- AFASIAS CON TRASTORNO DE LA ARTICULACION VERBAL

- a.- La gran afasia de Broca (afasia total - de Dejerine) la palabra está prácticamente suprimida o reducida a una estereotipia verbal. La lectura es imposible y la escritura informe. Comprensión muy afectada.
- b.- La afasia de Broca, constituye el tipo clínico más frecuente; trastornos articulatorios muy evidentes, parafasias raras. El lenguaje escrito está menos dañado que el oral. Comprensión poco alterada (lesiones en vías motrices y sensitivas, o sea hemiplejia y/o con alteración aislada de la hemianestesia.

III.- DAÑOS AISLADOS DE LOS POLOS RECEPTIVO Y EXPRESIVO DEL LENGUAJE.

- I A.- Anartria palabra, comprensión oral y escrita, escritura normal, - hemiplejia de predominio facial, apraxia bucofacial. Lesión al pie de F2
- B.- Agrafia expresión de una apraxia o - parte del Síndrome de Gertzman, sin presentarse aislada
- II A.- Sordera verbal incomprensión verbal - aislada, percepción de sonidos sin valor lingüístico, uno de los - elementos de agnosia - auditiva.
- B.- Alexia, Pura o Agnósica, uno de los - elementos de la agnosia visual.

KURT GOLDSTEIN, (28) este autor refiere que, las alteraciones del lenguaje son fenómenos biológicos, como tales pueden considerarse bajos aspectos diferentes: ya sea como modificaciones de las funciones -- del paciente, ya como modificación de las estructuras anatómicas y de su funcionamiento perturbado (aspecto anatomo-fisiológico). El punto --

(28) Goldstein K. "Trastornos del Lenguaje".

de vista anatómico-fisiológico admite generalmente la localización de las funciones separadas y su alteración, en determinadas áreas de la corteza cerebral; por lo tanto, considera sus resultados desde este punto de vista, muy ambiguos, diferencia así, cuadros clínicos determinados y denomina con nombres definidos, de acuerdo con las alteraciones funcionales.

Goldstein denominó a todas las alteraciones del lenguaje "Afasia" Distinguió las alteraciones de los instrumentos y las alteraciones de la actitud abstracta y de otros fenómenos no verbales.

En las alteraciones de los instrumentos distinguió, las que afectan a la parte expresiva del lenguaje (afasia motriz) y las que se refieren a la parte perceptiva (afasia sensorial).

Alteraciones de la parte expresiva del lenguaje por lesiones corticales:

1.- Disartria

2.- Afasia motriz (afasia cortical y subcortical, la nomenclatura antigua, afasia de Broca, afasia pura).

3.- Afasia motriz central, desintegración del lenguaje motor, debido a la alteración de la actitud abstracta y de la función de los instrumentos motores.

Alteraciones del lenguaje debido a perturbaciones de las funciones mentales no verbales:

1.- Por alteración de la actitud abstracta

2.- Por alteración de la "función básica" del cerebro

Alteraciones de la parte perceptiva del lenguaje por lesiones -- corticales:

1.- Sordera cortical: alteraciones de la percepción acústica, debidas a una lesión cortical.

2.- Sordera cortical a los ruidos y a la música, alteraciones de la percepción de los sonidos característicos de los ruidos y la música con conservación de la audición.

3.- Afasia sensorial,

a.- Afasia sensorial periférica (afasia sensorial pura, - "reine wortt-aubheit").

b.- Afasia sensorial central (afasia cortical sensorial, - combinación de la afasia sensorial y de la afasia central y más o menos afasia amnésica).

4.- Afasia Amnésica (ausencia en el lenguaje de sustantivos adjetivos, verbos y especialmente nombres para los objetos concretos) asociada a alteración de la actitud abstracta.

5.- Afasia Central, alteraciones de la parte central del lenguaje (por lo que se refiere a los instrumentos) todas las funciones verbales aparecen más o menos afectadas.

Afasias Transcorticales, caracterizadas por una mejor conservación de la capacidad de repetición, de la comprensión y del lenguaje espontáneo.

1.- Complejos sintomáticos motores transcorticales

2.- Complejos sintomáticos sensoriales transcorticales

3.- Afasias transcorticales mixtas

AGRAFIA

1.- Agrafia primaria, incapacidad para escribir las letras, sin alteraciones en la esfera del lenguaje y de la visión.

- a.- Agrafia motriz (agrafia pura)
- b.- Agrafia apráxica-ideatoria
- c.- Agrafia amnésica-apráxica
- d.- Agrafia afásica-amnésica

2.- Agrafia secundaria, debida a defectos del lenguaje o de la -
visión:

- a.- Agrafia afásica motriz
- b.- Agrafia afásica central sensorial
- c.- Agrafia afásica central
- d.- Agrafia afásica transcortical
- e.- Agrafia agnóstica visual (en pacientes cuya escritura de
pende de las imágenes visuales)

ALEXIA

- 1.- Alexia primaria (alexia agnóstica visual)
- 2.- Alexia secundaria, debida a defectos del lenguaje
 - a.- Alexia afásica motriz, diferentes alteraciones en la lec
tura o comprensión del texto leído en la afasia motriz.
 - b.- Alexia afásica sensitiva (paralexia, correspondiente a -
la parafasia)
 - c.- Alexia afásica central
 - d.- Alexia afásica amnésica
 - e.- Alexia afásica transcortical

ECOLALIA

JAKOBSON, (29) admite una estructura bipolar del lenguaje normal

(29) Hecaen H. Dubois I. Angelergues R. Ob. cit.

y presenta una clasificación dicotómica de sus problemas y sobre la base de dos formas de estructuración de signos lingüísticos, postula que el lenguaje de los afásicos no traduce más que esta bipolaridad estructural del lenguaje normal, en la que sólo estaría utilizando uno de los polos estructurales. Durante las observaciones que hizo a los afásicos, descubrió estos dos aspectos del lenguaje, donde en el primero estaría excluido el polo metafórico (modalidades de la actividad lingüística, --selección, oposición, similaridad y metáfora) y en el otro, el polo metonímico (modalidades de la actividad lingüística, combinación, contigüidad y metonimias). Así pues lo dividió en problemas de similaridad y problemas de contigüidad. Se entiende como similaridad el deterioro de las operaciones lingüísticas por trastornos de la facultad de sustitución y de selección, la relación de similaridad está abolida y la metáfora es desconocida para el sujeto. Los desórdenes de similaridad según Jakobson, serían entonces la imposibilidad de denominar un objeto independientemente del contexto que lo rodea (imposibilidad de nombrar un objeto por el nombre convencional, haciendo uso de términos más generales, como cosa) por ejemplo: "pelapapas" en lugar de cuchillo. Dificultad para encontrar sinónimos en un contexto. Incapacidad para enumerar objetos similares, pudiendo hacerlo sólo por contigüidad.

Estos trastornos de similaridad corresponderían a las perturbaciones semánticas de la afasia de Wernicke, así como los trastornos fonológicos se deben a una perturbación de la selección por similaridad de los fonemas, mientras que los imperativos de la contigüidad se substituyen por aquellos de la similaridad.

Estos autores entienden como problemas de Contigüidad la incap-

cidad para realizar proposiciones y combinar las entidades lingüísticas más simples en unidades lingüísticas más complejas, en una afasia por deficiencia del contexto que disminuye la extensión y la variedad de las frases. Las reglas sintácticas que organizan las palabras en unidades superiores, están perdidas, correspondiendo así, al lenguaje telegráfico. Mientras menor es la dependencia gramatical de una palabra del contexto, mayor será su resistencia en el lenguaje de un afásico que presenta un desorden de la contigüidad. Las emisiones, en este tipo de enfermos, son de una sola frase de tipo infantil y/o emisiones de una sola palabra. Sobreviven solamente, algunas frases largas y estereotipadas. La regresión gradual del patrón del sonido en el afásico se efectúa regularmente en orden inverso a las adquisiciones fonémicas del niño. En suma esta afasia se relaciona con los trastornos de la facultad de combinación y de arreglo en un contexto. La metonimia está abolida y las identificaciones aproximativas de los sujetos son de naturaleza metafórica.

Dentro de la dicotomía de Jakobson, nos parece importante señalar la siguiente:

La primera dicotomía separa los trastornos de la codificación -- de los trastornos de la decodificación, ella se sobrepone a la distinción clásica de los trastornos expresivos y receptivos o motores y sensoriales.

La innovación consiste en relacionar:

1.- Los trastornos de la codificación con la perturbación de función combinatoria o de contigüidad.

2.- Los trastornos de la decodificación con las perturbaciones -

de la función de selección o de similitud.

LURIA, desde 1947, basándose en el estudio de las afasias traumáticas elaboró una clasificación de los trastornos afásicos que se podría considerar como Psicolingüística-Anatomofisiológica, o sea el lenguaje, sistema código complejo y jerarquizado, en el cual cada uno de los aspectos posee su propia organización funcional, depende de la actividad combinada de toda una serie de zonas corticales, siendo que cada una contribuye específicamente a su desarrollo.

Su clasificación es la siguiente:

1.- Afasia por desintegración fonética, el trastorno esencial es un daño del proceso de diferenciación y generalización de los sonidos, es decir, de su análisis y de su síntesis. No hay ninguna pérdida de la audición durante el condicionamiento a estímulos auditivos, los sujetos pueden adquirir este reflejo con sonidos aislados, pero esto es imposible cuando se trata de diferenciar acordes diferentes, series donde las palabras que las componen están en un arreglo secuencial distinto.

Lo esencial de la incapacidad de análisis y síntesis de los sonidos es la imposibilidad de diferenciar fonemas similares y de comprender las oposiciones de fonemas que la fonología definió como la base de la transmisión de la significación.

Este trastorno fundamental de la afasia temporal, lleva a una serie de desórdenes secundarios, puesto que, él rompe el sistema del lenguaje cada vez que se reclama una percepción precisa de la estructura fonémica.

La pronunciación de las palabras, así como las escritura dicta--

da o espontánea están trastornadas. El paciente que perdió la percepción fonémica precisa ya no puede utilizar el código sistematizado del lenguaje.

La desorganización fonémica depende de la lesión de la parte posterior del lóbulo temporal izquierdo (afasia sensorial clásica).

2.- Afasia con trastorno de la comunicación de las relaciones:

Cuando la lesión es parieto-occipital, el trastorno es la imposibilidad de la síntesis simultánea.

Este trastorno alcanza a las formas lógico-gramaticales del lenguaje, no se realiza la comparación y el aislamiento de los diferentes elementos de la frase. Desaparece la comunicación de relaciones y sólo se mantiene la comunicación de acontecimientos. La pérdida de la síntesis simultánea compleja resulta en la imposibilidad de descomponer la frase abstracta en sus elementos aislados. Ya no es el código fonémico del lenguaje de lo que no se puede utilizar sino el código semántico.

3.- La afasia por pérdida de síntesis sucesiva de los elementos en series continuas. En esta forma, los elementos fonémicos y las relaciones lógico gramaticales están conservadas, pero el sujeto no puede difícilmente logra pasar del objeto al atributo. Los elementos no se integran en un sistema dinámico. La pérdida de este lenguaje predicativo impide el lenguaje proposicional (oracional) adecuado que resulta en un estilo telegráfico.

Luria localiza la lesión en las regiones fronto-temporales anteriores.

4.- Afasia por pérdida de la función reguladora del lenguaje.

La lesión correspondiente a esta afasia se manifiesta en el lóbu

lo frontal, cerca del área de Broca.

Se define por los fenómenos de inercia y perseveración, se conserva el diálogo, pero no el monólogo.

Posteriormente Luria, desarrolló una clasificación, distinguiendo seis formas de afasia correspondiendo a lesiones cerebrales particulares.

1.- Afasia sensorial por trastorno del análisis acústico y de la formación de los fonemas (lesiones temporales izquierdas).

2.- Afasia motriz, Kinestésica por trastorno del análisis kinestésico y de los movimientos de las palabras. Lesiones post-centrales -- (afasia aferente).

3.- Afasia motriz kinética, por trastorno del paso de una articulación a la otra y trastorno de las secuencias verbales (lesiones anteriores del área motriz) (afasia eferente).

4.- Afasia semántica, por imposibilidad de organizar en totalidad coherente los componentes aislados (lesiones parietales) corresponde a la forma descrita por Head.

5.- Afasia amnésica-acústica, por falta de retención de trazos - audioverbales (lesiones temporales).

6.- Afasia dinámica, conserva los códigos, trastorno de la estructura contextual del lenguaje interior (lesiones frontales).

RENATO SEGRE, este autor considera que la afasia es un trastorno del lenguaje consecutivo a la lesión de zonas corticales centrales, preferentemente destinadas a la elaboración de imágenes sensoriales o motrices relacionadas con el lenguaje. Divide la afasia en:

1.- Afasia expresiva o motriz

2.- Afasia receptiva o sensorial

3.- Afasia Mixta o total

4.- Afasia amnésica-nominativa o transcortical.

NAVA SEGURA, este autor clasifica las afasias en dos grupos: ---

1.- Afasia motriz, relacionada a las zonas 40, 39 y 37 del hemisferio izquierdo, que son fundamentales para la comunicación del significado y la comprensión del mismo.

2.- Las lesiones de la zona 37 de Brodmann situada en la unión de la tercera circunvolución temporal con el lóbulo occipital. Estas zonas establecen circuitos cerrados con el Pulvinar del Tálamo Optico y las lesiones de estas áreas traen trastornos o defectos en la comprensión y la formación del lenguaje verbal, a los cuales denomina afasias de comprensión o de Wernicke.

JOSE PEINADO ALTABLE, (30) introdujo dentro de su estudio exhaustivo de la clasificación de las perturbaciones del lenguaje, al grupo llamado de "Disfasias" (debilidad o pérdida en formación de las asociaciones verbales por disminución de la imaginación mental debida a enfermedad, shock o trauma.

Clasificación de las Disfasias por Peinado Altable:

(30) Peinado Altable J. "Pedagogia de los trastornos del Lenguaje"

DISFASIAS

a.- Afasia sensorial.
Trastorno del lenguaje debidos a lesión cortical que afecta el aspecto receptivo o de evocación de las imágenes visuales o auditiva del lenguaje.

b.- Afasias motrices
Trastornos del lenguaje debidas a lesiones corticales o subcorticales, afectan el aspecto expresivo o de organización o de evocación de los engramas kinestésicos del lenguaje.

c.- Afasias transcorticales
Trastorno del lenguaje por lesión cerebral que afecta a los mecanismos conectivos entre la recepción y la expresión o entre estos y el pensamiento.

Subcortical } afasia sensorial
(audiomudez)

Cortical } afasia amnésica } afasia nominal
afasia verbal
autotopagnosia.

alexia

impresiva (sordomudez)

Las formas cuantitativamente más graves de estos trastornos que implican abolición del aspecto funcional afectado, reciben el nombre de Afasias.

CLASIFICACION

- 1.- Afasia de Wernicke (afasia de comprensión, afasia de recepción fundamentalmente)
- 2.- Afasia de Broca (afasia motora, afasia de expresión fundamentalmente)
- 3.- Afasia total (afasia global, suma de los síndromes anteriormente citados)

De acuerdo con los diferentes autores mencionados y según nuestra propia experiencia, hemos encontrado que actualmente son poco usuales -- los términos de afasias corticales, subcorticales y transcorticales y -- de afasias puras y se considera que existen, una combinación de Síndro-- mes, por lo que la afasia se determina como un trastorno mixto que puede ser de predominio motor o predominio sensorial, según el caso. La clasi-- ficación ideal sería aquella que asociara cada agrupamiento coherente -- de hechos clínicos, lingüísticos y psicológicos a datos anatómicos y fi-- siológicos estrictamente correspondientes y diera así una cohesión per-- fecta del conjunto de trastornos afásicos.

DEFINICIONES DE LA AFASIA.

DEJERINE, define la afasia como: "olvido de los signos mediante-- los cuales el hombre cambia ideas con sus semejantes".

HEAD, "Afasia es un deterioro del poder de formulación y expre-- sión simbólica".

WEPMANN, "Afasia es cualquier problema del lenguaje que resulta - de un trastorno orgánico del tejido cortical, donde el defecto no se de-- be ni a la inervación de la musculatura que interviene en el lenguaje, -- ni a una disfunción del sistema periférico o por debilidad mental".

ALAJOUANINE, "Afasia (término discutible, pero consagrado por -- el uso) es el modo de desintegración del lenguaje debido a una lesión -- cerebral focal que altera de manera más o menos profunda y de forma va-- riada el dispositivo estructural necesario para el funcionamiento del -- lenguaje".

H. HECAEN, J. DUBOIS, R. ANGELERGUES, (31) "La afasia puede ser--

(31) Hecaen H, Dubois I, Angelergues R. Ob.cit.

definida como el trastorno de la expresión o la comprensión de los signos verbales fuera de toda lesión de los instrumentos periféricos de -- ejecución o de recepción, se acompaña frecuentemente de dificultades intelectuales, primitivas o secundarias según los autores, la afasia se - debe a una lesión cerebral localizada".

CHARLES OSGOOD, (32) "La afasia puede ser definida como cualquier trastorno de la conducta verbal" más tarde este autor nos dice que una - definición mas completa sería que "La afasia es un impedimento no funcional en la recepción, manipulación y/o expresión del contenido simbólico, cuyas bases pueden ser encontradas en el daño orgánico relativo a estructuras del sistema nervioso central".

KUSSMAUL, (33) definió la afasia como "Un impedimento para la ejección, comprensión y expresión, de cualquiera de los símbolos por los - cuales el hombre comunica a otros sus ideas y sentimientos".

TERMINOLOGIA

ANARTRIA - Imposibilidad para la articulación de la palabra.

DISARTRIA - Dificultad para articular palabras

BRADILALIA - Pronunciación lenta

TAQUILALIA - Pronunciación rápida

IDIOGLOSIA - Lenguaje de los niños cuando empiezan a hablar

PALILALIA - Repetición involuntaria de ciertas palabras de una -- frase.

ECOLALIA - Repetición de las últimas palabras de una frase.

(32) Osgood Ch. and Mirón M.S. Ob.cit.

(33) Montenegro de V.C. "Estudio sobre la clasificación y nomenclatura - de los trastornos afásicos".

- AFASIA CORTICAL - (doctrina clásica) concepto no aceptado en la actualidad, consecutiva a lesiones de los cen tros del lenguaje.
- AFASIA SUBCORTICAL - (no aceptada) consecutiva a las lesiones de las vías que unen entre sí a los centros - del lenguaje.
- AFASIA transcortical - (no aceptada) consecutiva a las lesiones- de las vías que unen los centros del len guaje a un centro hipotético o de la con ciencia (Grasset)
- CENTRO DE BROCA - Centro de la palabra articulada.
- CENTRO DE EXNER - Centro de la escritura
- CENTRO DE WERNICKE - Centro auditivo verbal
- CENTRO DE DEJERINE - Centro visual verbal
- DIASQUISIS - (VON MONAKOW) - Inhibición focal, zonal y general - del sistema nervioso ante lesiones- circunscritas agudas.
- SORDERA VERBAL - (DEJERINE) Falta de comprensión a la palabra ha blada.
- CEGUERA VERBAL - (DEJERINE) Falta de comprensión a la palabra es crita.
- ALEXIA - Falta de comprensión para los símbolos escritos.
- DISLEXIA - Incapacidad parcial para la comprensión de los símbo- los escritos.
- ANOMIA - Dificultad para la evocación principalmente de los sus- tantivos.

- DISNOMIA - Dificultad parcial para la evocación principalmente -
de los sustantivos
- AGRAFIA - Incapacidad total para cualquier tipo de escritura (copia, dictado y/o espontáneo)
- DISGRAFIA - Incapacidad parcial para la escritura.
- ACALCULIA - Incapacidad para la relación con el proceso aritmético e incapacidad para la producción oral o escrita -
de los símbolos involucrados en el cálculo.
- DISCALCULIA - Cuando la incapacidad anterior es parcial.
- AMUSIA - Incapacidad para comprensión de la anotación musical, -
para reconocer o percibir elementos o complejos musicales, para la ejecución de algún instrumento (amusia motora instrumental o apraxia musical)
- DISMUSIA - Cuando la incapacidad anterior es parcial
- ASIMBOLIA - Incapacidad para reconocer símbolos (dibujos, esquemas, signos, letras, cifras, etc).
- PARAFASIA - Nombre genérico que describe todos los tipos de errores sintácticos y de formas gramaticales que se encuentran en el lenguaje oral o escrito.
- PARAGRAMATISMO - Trastorno caracterizado por la confusión de las flexiones particulares de las formas de caso de diversas lenguas.
- AGNOSIA - Pérdida de la facultad de transformar las sensaciones simples en percepciones propiamente dichas, por lo que dá, una incapacidad para reconocer la forma y naturaleza de los objetos, corresponde a los diferentes senti-

dos.

APRAXIA -- Incapacidad para la planeación o ejecución de movimientos voluntarios complicados, se conserva la motilidad voluntaria, la sensibilidad en todas sus formas y la coordinación muscular.

CUADRO DE CORRESPONDENCIAS TERMINOLOGICAS

C L A S I C A	PIERRE MARIE	DEJERINE	H E A D	W E P M A N	JAKOBSON	L U R I A	GOLDSTEIN	BERRY M. S. EISENSON J.	WEISEMBURGT Y MACBRIDE K.	ALAJOAUNINE	HECAEN H. ANGELENGUES R. Y DUBOIS J.
Afasia de Broca Motora-expresiva (anterior)	Anartria más Af. Sensorial	Afasia de Broca	Afasia Ver- bal	Afasia expresiva predominantemen- te motora	Trast. de Con- tigüidad	Afasia Motriz Aferente. Afasia Motriz Eferente	Af. Central (Co- rtical motriz) Af. Transcorti- cal motriz	Af. Expresiva	Af. predomina- ntemente expre- siva	Af. con tras- tornos articu- latorios	Afasia de Ex- presión
Afasia de Wer- nicke. Sensorial recep- tiva (posterior)	Afasia única o verdadera	Af. de Wernicke (Sordera Verbal Ceguera verbal)	Afasia Semán- tica	Afasia Receptiva predominantemen- te sensorial	Trast. de Simi- laridad	Afasia Semán- tica	Sordera Verbal pura Af. Sensorial Cortical	Af. Receptiva	Af. predomina- ntemente recep- tiva	Af. sin tras- tornos de la articulación verbal	Af. de Recepción
Anomia Amnesia			Afasia Nomi- nal	A n o m i a	Trast. de Simi- laridad		Af. Amnésica	Af. Nominal o Anomia	Af. Amnésica		Af. Amnésica
Afasia global total.				Af. Recep-Exp. Afasia Global					Af. Expresiva Receptiva	Daños aisla- dos de los po- los recepti- vos y expresi- vos del leng.	
Paragramatis- mo.			Afasia Sintác- tica								
Agrafia Alexia		Ceguera ver- bal pura									Desorganiza- ción del Có- digo Escrito

C A P I T U L O II

PSICOFISIOPATOLOGIA DE LA AFASIA

A) PSICOFISIOPATOLOGIA DEL LENGUAJE:

Una gran parte de la conducta está relacionada con el envío, --- transmisión y recepción de mensajes. Para sobrevivir en un medio ambiente fluctuante, un organismo debe tener alguna capacidad que le permita recoger, procesar y usar información. Esta capacidad es máxima en el -- hombre que es capaz de aprender elaborados sistemas de codificación organizando su conducta social comunicándose con los otros seres humanos.

Así podemos decir que, comunicación significa, que cierta información ha pasado de un lugar a otro. Para que ésta exista, es necesario que haya una fuente y un destino, diferenciados en tiempo y en espacio. La relación entre estos dos elementos es un canal que recorre el tiempo o el espacio, por un transmisor que enviará la información a través del canal; en el destino debe haber un receptor.

Fuente -- Transmisor -- Canal -- Receptor -- Destino(34)

En el sistema de comunicación vocal, la fuente es un ser humano; de su pasado, experiencias y necesidades tiene un cúmulo de información que puede pasar a voluntad, por medio de un transmisor hacia el canal.- El transmisor es la maquinaria del lenguaje hablado; dicha maquinaria opera sobre la información transformándola en ondas sonoras que viajarán a través del canal (aéreo). El oído es un receptor que opera sobre-

(34) Ramírez A.R. Martínez M.O. "El desarrollo del lenguaje en el niño".

las ondas sonoras convirtiéndolas en actividad nerviosa en el destino - (sistema nervioso del que escucha).

Por lo tanto, la función del transmisor es codificar el mensaje y la del receptor es la de decodificarlo. Entendiendo por código, cualquier sistema de símbolos o signos que por acuerdo anterior entre la -- fuente y el destino es empleado para representar la función. Los errores en la comunicación se presentan por el desacuerdo entre la fuente y el destino o, por el hecho de que alguno de ellos no está familiarizado con el código, así como las interferencias en el curso del canal.

Para la integración del lenguaje es necesaria la participación -- directa o indirecta de todo el sistema nervioso central; aún zonas inferiores como la médula espinal participan en forma indirecta, al ser esenciales para la formación de un correcto esquema corporal, que tiene una gran importancia en la evolución del lenguaje. (35)

El lenguaje, no obedece a centros ni órganos ni vías limitadas, -- sino que es una superestructura y tampoco representa una función, si no una asociación de funciones, una función sobreimpuesta.

Ahora bien, cuando los impulsos auditivos son transmitidos a la corteza auditiva de ambos hemisferios y de ahí pasan para interactuar -- en el sistema del habla, la comprensión del habla ocurre durante estas transacciones. El sistema del habla consiste en tres áreas corticales:-- (Área de Broca, área suplementaria motora, y las regiones temporo-parietales) inter-relacionadas con estructuras subcorticales, las que probablemente incluyen el pulvinar del tálamo y otras áreas. El área más im-

(35) Bernaldo de Quiroz J. "La dislexia en la niñez".

portante es la región temporo-parietal; otro aspecto vital es la participación del sistema reticular activador ascendente, que fija su atención sobre el estímulo auditivo. Los impulsos visuales son recibidos en la corteza visual de ambos hemisferios y después son transmitidos para que interactúen en el sistema del habla; probablemente existe también interacción con el sistema auditivo. La comprensión del material escrito ocurre durante estas transacciones. El mecanismo de la fuente de energía que inicia el proceso original de la producción del habla y la escritura, parece desconocido.

El cerebelo es también necesario como centro de regulación y distribución de los impulsos cerebrales, disparándolos hacia los músculos, como el distribuidor de una máquina automotriz manda su corriente de energía eléctrica de la bobina de inducción a las diferentes bujías en el tiempo exacto.

El ganglio basal, son islas celulares situadas principalmente dentro de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales y hacia abajo de la corteza cerebral, entra en juego con el cerebelo para regular el tono, ritmo y dirección de los impulsos nerviosos al ser disparados dentro del músculo como una consecuencia de la actividad cerebral. La sustancia reticular está similarmente ocupada corrigiendo la naturaleza de los impulsos nerviosos, los que son transformados en efectos. Los músculos mantienen información sobre el S. N. C. concerniente a lo que les está sucediendo, respecto a su tensión, tono, posición, etc. dentro del espacio. Esto es verdaderamente automático, pudiéndolo comparar, hipotéticamente, al análisis matemático por el métodos de la

cibernética. (36)

RESPIRACION.- La energía para el sonido se origina en los pulmones y la intensidad del sonido está relacionada con la fuerza de contracción de los músculos torácicos, La intensidad es una determinante física de sonoridad que más tarde es relacionada con la amplitud de onda de las cuerdas vocales y a cualquier amplificación tonal por los resonadores.

Es posible producir sonidos durante la aspiración, pero es durante la espiración, cuando normalmente el aire pasa por la abertura de la glotis entre las cuerdas vocales. Estas, en consecuencia, responden de muy diferentes formas, dependiendo de muchos factores.

Mientras se aumenta la presión del pulmón, las cuerdas tienden a aproximarse, permaneciendo así, hasta que son forzadas a separarse directa o indirectamente por la presión del aire exhalado. Cuando las corrientes de aire llegan a los espacios arriba de la laringe, producen un sonido característico con propiedades fricativas, como las de muchas consonantes y aún proveen de la presión esencial para dar el sonido que es articulado.

Las cuerdas vocales son parte esencial de la laringe o caja de voz. La laringe es un sistema de cartílagos que actúan sobre los músculos voluntarios, moviéndolos como un todo o en localizadas áreas internas. Las cuerdas son estructuras móviles cuya longitud, masa posición y tensión están listas para ser alteradas. Aunque la intensidad del sonido está relacionada a los músculos torácicos y presiones pulmonares, -

(36) Kaplan H.M. "Anatomy and Physiology of Speech".

el tono y el timbre están relacionados con las cuerdas vocales, particularmente con su tensión o longitud.

LOS RESONADORES.- La complejidad de las formas de onda contienen fundamentalmente los sobre-tonos, cuyas frecuencias son multiplos de la frecuencia fundamental. Todos los espacios sobre la laringe son capaces de modificaciones físicas de las vibraciones sonoras transmitidas, así que la cualidad de la voz eventualmente puede cambiar. Algunas ondas son debilitadas y otras reforzadas.

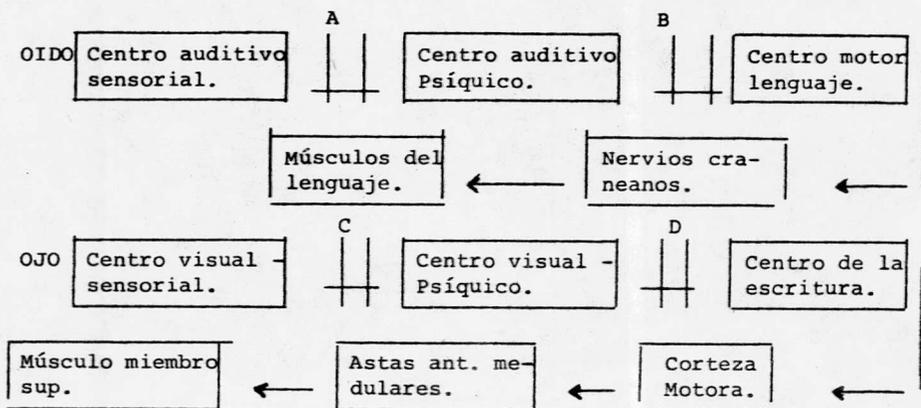
La faringe, boca y nariz, son importantes, pero no son los únicos resonadores.

LOS ARTICULADORES.- El aire exhalado alcanza estructuras que -- actúan como válvulas para detener completamente la corriente de aire, o para adelgazar los espacios por los que atraviesa. Los sonidos son formados, fusionados o separados. Los articuladores dan la cualidad a las consonantes y ayudan a formar algunas familias de sonidos vocales. Estos articuladores incluyen los labios, lengua, mandíbula, velo del paladar, pared posterior faríngea, el hueso hioides y los bordes inter- nos de las cuerdas vocales. El paladar duro y los dientes pertenecen a esta categoría, actuando como paredes contra las que los articuladores se mueven.

EL OIDO.- Como el habla es transmitida por ondas sonoras, mucho se aprende examinando las propiedades físicas de las ondas sonoras y - estudiando el oído como un órgano receptor y de análisis. El sonido por sí mismo, actúa como un mecanismo de retroalimentación, el que influye significativamente en la voz y articulación.

En el esquema que a continuación se presenta, Samson Wright in-

tentó ejemplificar hipotéticamente algunas lesiones de la corteza cerebral, que producirían trastornos afásicos y/o asociados a estos: (37)



Lesión en A: Poder de comprensión disminuído. Lenguaje articulado no - afectado. (Está apreciación es de orden teórico, ya que en todas las afasias existen elementos mixtos).

Lesión en B: Afasia motriz. Sin afectar la comprensión.

Lesión en C: Alexia: Incomprensión a la palabra escrita; ceguera verbal.

Lesión en D: Agrafia: Imposibilidad para la escritura.

C) EVALUACION DE LAS CONCEPCIONES ANATOMOFISIOPATOLOGICAS.

1.- DESTREZA MANUAL Y LATERALIDAD:

Hace mucho que fue reconocido que la afasia es el resultado de una lesión limitada a un hemisferio cerebral, generalmente el izquierdo. En la actividad de las búsquedas anatomoclínicas recientes, deben-

(37) Valdéz Delius F. "Concepto actual de las afasias".

agregarse los numerosos trabajos consagrados a las afasias de los zurdos. Según HECAEN y AJURIAGUERRA (38) a la noción clásica desde Dax y Broca de la representación del lenguaje sobre el hemisferio izquierdo en el diestro y sobre el hemisferio derecho en el zurdo, debe notarse un punto de vista mucho más matizado para éste y el ambidiestro, ya -- que la mayoría de estos sujetos tienen una representación bilateral -- del lenguaje que obedece, por otro lado, a graduaciones muy diferentes de un enfermo a otro. Las lesiones del hemisferio derecho provocan con bastante frecuencia problemas artricos; las perturbaciones afásicas, -- propiamente dichas, son generalmente secundarias a lesiones del hemisferio izquierdo. En la mayoría de los casos, los problemas del lenguaje de estos sujetos se recuperan más rápidamente que en los diestros. -- Por consecuencia, en los zurdos se puede sostener que el hemisferio izquierdo ha conservado su predominio para la función del lenguaje; sin embargo, y puesto que la lesión no perturba igualmente todos los aspectos del lenguaje, es menester considerar que los dispositivos del hemisferio derecho asegurarán la rehabilitación casi normal por los resultados satisfactorios conservados.

Con excepción de los individuos con daño cerebral izquierdo en los primeros años de vida, éste mismo, es usualmente dominante para el lenguaje, sin importar que el sujeto sea zurdo o diestro y la destreza manual, es raramente una cuestión de todo o nada. En forma extrema, la preferencia de la mano derecha o izquierda es probablemente rara, aunque indudablemente varía en la población, teniendo un largo prejuicio-

(38) Tissot R. "Neuropsychopathologie de l' Aphasie"

hacia el lado izquierdo del continuum. Es irrazonable asumir, que la destreza manual como función motora debe correlacionarse perfectamente con la organización del lenguaje. El error estriba en la determinación necesaria de límites para la verdadera destreza manual, en virtud de lo incierto de la magnitud de la correlación empírica. Es posible que la destreza manual derecha se desarrolle secundariamente a la dominancia del lenguaje y se ha observado que si el hemisferio derecho es el dominante para el lenguaje, el individuo será zurdo.

En un reporte de 100 pacientes afásicos, con evidencia de lesión unilateral, la cual pudo ser localizada en 93 pacientes, el 93.5% del grupo presentaba dicha lesión en el hemisferio izquierdo; entre los pacientes diestros, la lesión estaba en el hemisferio cerebral izquierdo en un 96%, mientras que un 4% se encontró en el derecho. Para los zurdos y ambidiestros, la lesión se encontró en el hemisferio izquierdo solamente en un 73%, y en el derecho en un 27%.

En 6 pacientes la afasia era debida a lesiones en el hemisferio derecho, o el fenómeno afásico era idéntico al que presentaban pacientes cuya lesión se encontraba en el hemisferio izquierdo. (*Annals of Otorrheanolaringology*, Dec. 1960 Vol. LXIX - No. 4, Pág. 1214).

PENFIELD Y ROBERTS, (39) experimentando con amytal sódico y ablaciones de corteza cerebral por epilepsia, estimaron que más de 1% de los diestros tienen la representación cerebral del lenguaje en el hemisferio derecho, mientras que menos del 10% de los zurdos tienen alguna o probablemente todas las representaciones cerebrales del lenguaje.

(39) Osgood Ch; and Miron M.S. "Approches to the Study of Aphasia".

je en el hemisferio derecho. Estos autores concluyeron que tres áreas-corticales son de particular importancia en las funciones del lenguaje, encontrando que la mayoría de los pacientes probados tenían: Lesiones en la corteza superior del lenguaje (área motora suplementaria), la -- corteza posterior del lenguaje (área de Wernicke) y la corteza ante--- rior del lenguaje (área de Broca), en el hemisferio izquierdo y muy ra ramente en el derecho.

2.- LOCALIZACION:

La localización de las lesiones productoras de afasias ha sido también tema de muy variadas controversias.

Para Dejerine (asociacionista), las zonas del lenguaje permanecían siendo centros de imágenes verbales. Esta concepción se perpetúa en las obras de Henschen, Kleist y Nielsen, con variaciones cercanas.- Estas localizaciones se atribuyen al pie de la tercera circunvolución frontal para las perturbaciones árticas, así como para las motoras de la afasia. La parte posterior de la primera circunvolución temporal pa ra los problemas de la comprensión oral, y los problemas de la lectura en el pliegue curvo. (40)

Según P. Marie (el iconoclasta) no pueden existir centros de - imágenes. La zona del lenguaje no podría ser constituída por centros - innatos preformados, prueba de ello es el lenguaje dactilológico de los sordomudos y la ausencia de afasia que persistiera a la hemiplegia in-

(40) Tissot R. Ob. cit.

fantil. La zona del lenguaje representa la parte del cerebro que ejerce habitualmente esta actividad intelectual especializada, esto es, en sujetos que gozan de aparatos sensoriales y motores normales.

Esta concepción es precisada por Charles Foix en sus estudios -- sobre la afasia en los traumatizados de guerra y de lesiones vasculares en la función de los diferentes territorios arteriales, llegando a las siguientes conclusiones: La anartria se debe a lesiones limitadas de la corteza frontal, vecina a la parte inferior de la cisura de Rolando, cuyo pie F_3 no está excluida a lesiones subcorticales en el cuadrilátero de P. Marie. Las lesiones más importantes de estas mismas zonas y extendiéndose más hacia atrás, acarrear afasias de Broca más o menos graves. Las lesiones responsables de la afasia de Wernicke, son perisilvianas - posteriores. La afasia es moderada con problemas léxicos importantes si la lesión es más parieto-occipital que temporal, e inversamente la afasia de Wernicke es más masiva si la lesión es más temporo-occipital que parietal. La localización de la lesión en la zona del lenguaje no hace sino difundir la forma clínica de afasia, que depende lo mismo de la extensión de la lesión como de un efecto masivo. (41)

Schiller constata que las lesiones frontales acarrear problemas en la incitación a hablar, una bradifemia, de problemas árticos y -- prosódicos; mientras que las lesiones temporales perturban la comprensión de lenguaje oral y acarrear parafasias y jergafasias.

Alajouanine y col. 42, después de múltiples observaciones sobre-

(41) Tissot R. Ob. cit.

(42) Tissot R. Ob. cit.

43 afasias post-traumáticas, en las cuales la localización pudo ser pre cisada neuroquirúrgicamente, llegan a las siguientes conclusiones.

- 1.- Las lesiones suprasilvianas y áreas cercanas a ellas corres-
ponden a afasias de Broca moderadas, donde los problemas ar-
tricos y los de la escritura están en primer plano.
- 2.- Las lesiones suprasilvianas anteriores con derrames sub-sil-
vianos sobre la parte anterior del lóbulo temporal son acom-
pañadas de severas afasias de Broca con agramatismo.
- 3.- A las lesiones únicamente sub-silvianas y por ello tempora--
les, están ligadas las afasias de Wernicke con un fuerte com
ponente parafásico que le da apariencia de jergafasia.
- 4.- Las lesiones muy posteriores que están situadas a nivel su--
supra subsilviano desencadenan afasias de Wernicke de menor im
portancia en las que predominan los problemas de la lectura.

Las enseñanzas sacadas de la observación de las aureas de los --
epilépticos afásicos (Alajouanine y col. Hecaen y col). van en esta mis
ma dirección.

La afasia verbal de Head, como las afasias motoras de Luria, son
formas muy cercanas de las afasias motoras de los clásicos. Ellos les -
atribuyen la misma localización, la parte inferior de la zona peri-ro-
lándica. En los puntos comunes de la afasia sintáctica de Head y de la
afasia por desintegración fonética de Luria, ponen a ambos en relación-
con lesiones centradas en la primera circunvolución temporal. Asimismo,
atribuyen cada uno a la afasia semántica lesiones centrales sobre el -
lóbulo parietal; parietal puro para Head y del cuadrilátero parieto- -
temporal para Luria.

Recordemos que Head atribuye su afasia nominal, igualmente a una lesión parietal, pero más posterior. Son estos autores una superposición a la dicotomía clásica:

Anterior = Motora-ártrica — Broca. Posterior = Sensorial-Receptiva-Wernicke.

Hecaen y Angelergues en un estudio anatomoclínico de 280 casos - con lesiones retrorrolándicas, constatan lo que sigue: (43) "En la mayoría de sus funciones, la circunvolución retrorrolándica del hemisferio derecho, parece intervenir como totalidad, como si ella fuera el asiento de una organización funcional global, poco diferenciada y polivalente.... El hemisferio izquierdo nos ofrece, por el contrario, una organización-hecha de la coexistencia de funciones más homogéneas, más claramente diferenciadas en ella, comprendidas desde el punto de vista anatómico". -

Esta distinción parece tener un valor muy general y aplicarse == igualmente a la organización intrahemisférica y al interior mismo de la zona del lenguaje. Al lado del polo funcional muy estructurado, casi -- completamente consagrado a una función (articulación para la zona de == Broca, percepción auditiva para la parte de T_1 , próxima al giro de Heschel, percepción de los símbolos gráficos para el pliegue curvo), existen otras zonas mucho más polivalentes en organización funcional plástica. La localización de pequeñas lesiones al nivel de las primeras, puede jugar un papel determinante tanto en la forma clínica de la afasia - que ellas producen, como en su gravedad. Los problemas funcionales que ellas acarrearán, pueden desorganizar el lenguaje en su totalidad.

(43) Hecaen H, Dubois J, Angelergues R. "Approche Linguistique des --- Aphasies".

En la misma extensión, una lesión que determine una agnosia auditiva acarreará una afasia mucho más grave que una lesión seguida de alexia. Inversamente, la repercusión funcional de las lesiones de zonas con funciones más polivalentes y más plásticas tendrá un efecto masivo. La organización de esta zona de funciones múltiples, depende bastante de las características propias del individuo, determinada parte por su herencia y parte por la historia del desarrollo de su lenguaje.

Hecaen expresó que en la localización cerebral del lenguaje, es más conveniente hablar de la existencia en la corteza cerebral de "zonas funcionales" responsables de la emisión y recepción o interpretación de los símbolos verbales, que tratar de localizar en forma rígida "centros corticales" sin ninguna o muy poca plasticidad funcional (44).

Teniendo en cuenta todos estos factores, se comprenderá mejor la variedad de las formas de afasia y al mismo tiempo sus posibilidades también muy variadas de recuperación.

(44) Hecaen H., Dubois J., Angelergues R. Ob. Cit.

DIAGRAMA QUE MUESTRA LAS AREAS CEREBRALES DE ACUERDO CON BRODMAN,
EN RELACION A LAS FUNCIONES DEL LENGUAJE. (45)

AREAS	FUNCION	DEPECTOS DEL LENGUAJE CAUSADOS POR LESION.
41 y 42 área de Wernicke	Reconocimiento del lenguaje hablado.	Agnosia auditiva verbal.
22 y 21	Recuerdo e interpretación - del lenguaje hablado.	Pérdida del recuerdo verbal.
44 área de Broca	Memoria del patrón motor en el discurso.	Afasia Motora (Discurso)
37	Recuerdo de nombres y palabras; formulación del lenguaje.	Anomia
39 giro angular	Símbolos para la lectura <u>es</u> critura y aritmética (letras y números)	Alexia agrafia acalculia.
8 y 9 Centro de la escritura de Exner	Conocimiento de cómo mover- manos y dedos para la <u>escri</u> tura.	Agrafia motora.
17 y 18	Percepción visual y recono- cimiento	Agnosia verbal, visual sin agrafia (causada por lesión subcortical entre 17 y 29.)

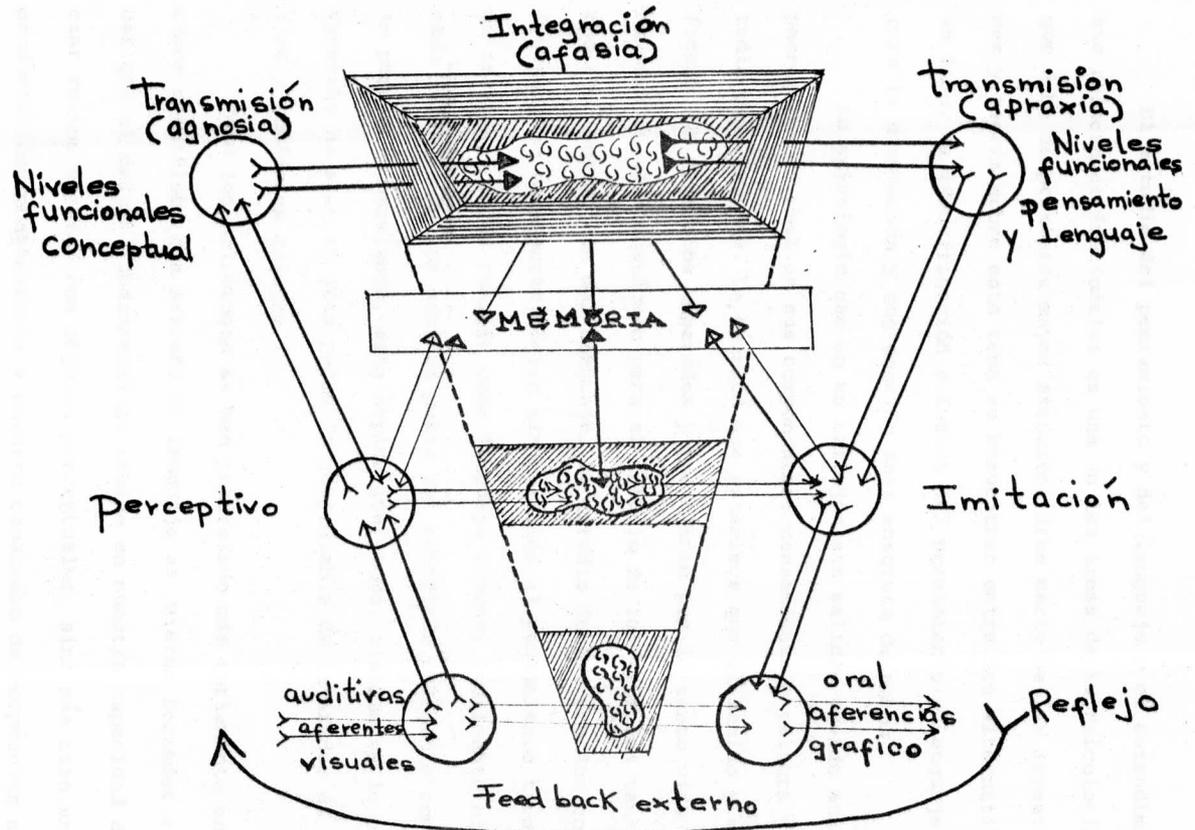


Diagrama de los niveles de funciones del S.N.C.
 Propuesto por Wepman J. M. Jones L.V. Bock R.D.
 Van Pel L. D. (Studies in Aphasia: Background
 and theoretical Formulations J. Speech Hear Dis.
 25-1960).

bros de nuestra comunidad lingüística. (George A. Miller 1969, Págs. - 69 a 71).

Ahora bien, es importante específicamente para nuestro estudio - sobre la afasia que, todo grupo humano estudiado por los antropólogos - ha hablado un lenguaje. El lenguaje tiene siempre un léxico y una gramática. El léxico no es una colección casual de vocalizaciones, sino - que está altamente organizado, siempre incluye pronombres, medios para manejar tiempo, espacio y número, palabras para representar lo verdadero y lo falso; los conceptos básicos necesarios para la lógica proposicional. La gramática tiene niveles discernibles de estructura algunos - fonológicos, algunos sintácticos. La fonología contiene tanto vocales - como consonantes, y los fonemas siempre pueden describirse en función - de rasgos distintivos extraídos de una serie ilimitada de posibilidades. La sintaxis siempre establece reglas para el agrupamiento secuencial de elementos en frases y oraciones. (46)

El lenguaje es "intención" el valor de la palabra puede ser so-lo juzgada por el uso de una finalidad especial. La pérdida del lenguaje en la afasia, es la pérdida del poder de hacer proposiciones. (47)

I.- TEORIA DE LEV S. VYGOTZKY.

Después de la primera publicación en 1934, la obra de Vygotsky per-maneció ignorada casi durante 20 años; sin embargo, a partir de 1956 co-mienza de nuevo a tener gran importancia dentro de la Psicología Sovi-ética y es actualmente cuando uno de sus discípulos más destacados, A. Lu

(46) Goldstein K. "Trastornos del lenguaje".

(47) Goldstein K. Ob. Cit.

ria dedicado principalmente al estudio del lenguaje, se encargó junto con sus colaboradores de reeditar el libro sobre pensamiento y lenguaje, tema que desgraciadamente quedó manifiestamente trunco debido a la prematura muerte del autor.

Habremos de examinar brevemente cuál es su teoría acerca de la relación existente entre pensamiento y lenguaje y para ello tomaremos en cuenta, que el método que siguió para sus estudios fue el Histórico-genético (48) . Sostuvo que los diferentes aspectos de la actividad Psíquica no pueden ser entendidos como hechos dados de una vez para siempre, sino como productos de una evolución filo y ontogenética, con la cual se entrelaza determinándola al desarrollo histórico cultural del hombre.

Consideró que así como la vida material del hombre está "mediatizada" por los instrumentos, de la misma manera su actividad psicológica esta "mediatizada" por eslabones, producto de la vida social de los cuales el más importante es el lenguaje.

Las hipótesis de Vygotsky están basadas en observaciones efectuadas en numerosos grupos de niños, experimentado por medio del método de "estimulación dual" (en este método se estudia la relación entre dos series de estímulos, una de cuyas series está integrada por estímulos directos del medio y la otra por estímulos que sirven de mediadores) esta técnica le permitió no solo investigar el desarrollo del lenguaje sino también el de la memoria.

Entrando ya de lleno en el problema que nos ocupa, el autor en-

(48) Vygotsky L.S. "Pensamiento y Lenguaje".

cara el problema de la unidad y diversidad de los aspectos fundamentales de la actividad psicológica del ser humano, el pensamiento y el lenguaje, diciendo que en el adulto aparecen de tal manera interconectados, que no son posibles el uno sin el otro, efectivamente, el lenguaje es la base material del pensamiento. Ambos términos, pensamiento y lenguaje forman una unidad dialéctica y en ciertos momentos entran en contradicción. El pensamiento tiene eslabones relativamente independientes del lenguaje, pero no puede terminar de integrarse sin éste.

Para entender esta unidad e independencia relativas del pensamiento y lenguaje Vygotsky centra su atención en el análisis genético de la relación entre el pensamiento y la palabra hablada. A través de este estudio descubrió que esta relación sufre muchos cambios y sus progresos no son paralelos. Ambas curvas de crecimiento se cruzan y entrecruzan, se fusionan por algún tiempo, pero siempre vuelven a divergir, esto se aplica tanto en la filogenia como en la ontogenia.

Para confirmar sus hipótesis, Vygotsky nos habla de los estudios realizados en monos por Köhler, Yerkes y otros autores, (49) quienes probaron que en los animales el habla y el pensamiento provienen de diferentes raíces genéticas y se desarrollan a lo largo de líneas diferentes. La aparición de una inteligencia embrionaria en los animales no está de ninguna manera relacionada con el lenguaje. Este tipo de pensamiento rudimentario (uso de herramientas) pertenece a una fase prelingüística de desarrollo. La falta de habla y la insuficiencia de imágenes explica la tremenda diferencia entre los antropoides y el hom

(49) Vygotsky L. S. Ob. Cit.

bre más primitivo.

El lenguaje en el chimpancé es relativamente bien desarrollado en algunos aspectos (sobre todo fonéticamente), distintos a los del humano. Este lenguaje, funciona aparte de la inteligencia. Sus expresiones fonéticas expresan solamente deseos y estados subjetivos; son expresiones de efecto, nunca un signo de nada "objetivo".

¿Cuáles serían entonces las causas de la inhabilidad de los monos antropoides, ya que tienen el aparato fonoarticulador necesario? Yerkes lo sitúa en la ausencia o debilidad de la imitación vocal. Esto fue considerado por Vygotsky como un error ya que los monos podrían ser entrenados a utilizar más gestos manuales que sonidos, puesto que lo que interesa no es el medio que se utiliza sino el uso funcional de signos. Aunque todo esto es muy improbable, lo único que se conoce objetivamente con certeza es que no tienen "ideación".

Después de analizar algunas investigaciones sobre el lenguaje y la inteligencia de los monos, (50) se llega a las siguientes conclusiones, con respecto a la relación entre pensamiento y lenguaje en el desarrollo filogenético de estas funciones:

- 1.- Pensamiento y lenguaje tienen diferentes raíces genéticas.
- 2.- Las dos funciones se desarrollan a lo largo de líneas diferentes independientemente una de la otra.
- 3.- No existe una correlación definida y constante entre ellas.
- 4.- Los antropoides ponen de manifiesto una inteligencia semejante a la del hombre en ciertos aspectos (el uso embrionario de herramientas).

(50) Vygotsky L. S. Ob. Cit.

mientas) y un lenguaje en parte parecido al humano en aspectos totalmente distintos (el aspecto fonético de su lenguaje, su función de descarga, los comienzos de una función social).

5.- La estrecha correspondencia entre las características del -- pensamiento y el lenguaje del hombre está ausente en los antropoides.

6.- En la filogenia del pensamiento y del lenguaje son claramente discernibles, una fase preintelectual en el desarrollo del habla y -- una fase prelingüística en el desarrollo del pensamiento.

Pasamos ahora a analizar la relación existente entre pensamiento y lenguaje desde el punto de vista ontogenético.

De acuerdo con los experimentos realizados por Köhler, tanto en monos como en grupos de niños que todavía no habían aprendido a hablar -- y por Bühler dentro de los mismos lineamientos, se encontró la existencia de la fase prelingüística en el desarrollo del pensamiento. La independencia de las funciones intelectuales rudimentarias respecto al lenguaje constituiría teóricamente el descubrimiento más importante de estos experimentos.

Charlotte Bühler comenta, que, antes que el lenguaje está el pensamiento involucrado en el uso de herramientas, es decir la comprensión de las conexiones mecánicas y la invención de medios mecánicos para fines mecánicos o para decirlo más brevemente aún, antes del lenguaje aparece la acción que se torna subjetivamente significativa-conscientemente intencional.

Las raíces preintelectuales del habla en el desarrollo infantil son: El balbuceo, los gritos y aún sus primeras palabras, son etapas -- claramente establecidas que no tienen nada que ver con el desarrollo --

del pensamiento. Estas manifestaciones fueron consideradas como formas predominantemente emocionales de la conducta, hasta que Bühler demostró que la función social del lenguaje se manifiesta ya claramente, durante el primer año en la etapa preintelectual del desarrollo del lenguaje; es así que las risas, los sonidos inarticulados, los movimientos etc., constituyen medios de contacto social desde los primeros meses de la vida del niño.

(51) De acuerdo a la hipótesis del "descubrimiento" de Stern, señalaremos que aproximadamente hacia los dos años de vida, las dos curvas de desarrollo, la de pensamiento y la de lenguaje, hasta entonces separadas, se encuentran y se unen para iniciar una nueva forma de comportamiento. Este instante crucial en que el lenguaje empieza a servir al intelecto y los pensamientos comienzan a ser expresados, está señalado por dos síntomas objetivos inconfundibles:

Primero, la repentina y activa curiosidad del niño acerca de las palabras, su pregunta sobre cada cosa nueva (¿Qué es esto?) y segundo, los rápidos y cada vez más amplios aumentos resultantes de su vocabulario.

Es entonces cuando el niño, según las hipótesis de Stern, parece haber descubierto la función simbólica de la palabra. El habla que en su primer estadio era afectiva-conativa, entre ahora en la fase intelectual.

Antes de anotar las conclusiones hemos de notar que según nues-

(51) Vygotsky L. S. Ob. Cit.

tro autor, el descubrimiento más importante del niño, solo se hace posible cuando se ha alcanzado un determinado nivel, relativamente alto en el desarrollo del pensamiento y el lenguaje. En otras palabras, el lenguaje no puede ser descubierto sin el pensamiento.

Resumiendo:

1.- En el desarrollo ontogenético, el pensamiento y lenguaje, -
proviene de distintas raíces genéticas.

2.- En el desarrollo del habla del niño, podemos establecer con certeza una etapa preintelectual, y en su desarrollo intelectual una -
etapa prelingüística.

3.- Hasta cierto punto en el tiempo, los dos siguen líneas sepa
radas independientemente una de otra.

4.- En un momento determinado estas líneas se encuentran y en--
tonces el pensamiento se torna verbal y el lenguaje racional.

Al manejar el problema de la relación entre pensamiento y len--
guaje se tiene que analizar el tema de "Lenguaje Interiorizado", su im
portancia es tan grande que muchos psicólogos, Watson entre otros, lle-
gan a identificarlo con él y lo consideran como habla inhibida, sin so
nido.

El eslabón intermedio entre el lenguaje interno y el interiori-
zado, lo sitúa Vygotsky en el lenguaje egocéntrico, descrito por Pia--
get. Es así, que el lenguaje se interioriza antes psicológicamente, que -
físicamente. El habla egocéntrica es habla interiorizada en sus funcio-
nes. Ahora bien, ¿por qué el lenguaje se convierte en interiorizado? la

respuesta es porque cambia su función. (52)

Después de una serie de investigaciones, se demuestra que: El desarrollo del lenguaje sigue el mismo curso y obedece las mismas leyes - que todas las otras operaciones mentales, involucrando el uso de signos, tales como la numeración o las ayudas Mnemónicas. Estas operaciones se desarrollan generalmente en cuatro etapas:

1.- Primitiva o natural, corresponde al lenguaje preintelectual y al pensamiento preverbal. Cuando estas operaciones aparecen en su forma original, del mismo modo que si se desarrollaran en el nivel primitivo del comportamiento.

2.- Etapa de la "psicología simple"; el niño experimenta con las propiedades físicas de su propio cuerpo y con las de los objetos que se encuentran a su alrededor, aplica esta experiencia al uso de herramientas: es el primer ejercicio de la nascente inteligencia práctica del niño. En el lenguaje esta etapa se manifiesta por el uso correcto de las formas y las estructuras gramaticales, antes de que haya entendido las operaciones lógicas en las cuales se apoyan.

3.- La etapa de las operaciones externas que son utilizadas como ayuda en la solución de problemas internos. En el desarrollo del lenguaje corresponde a la fase egocéntrica.

4.- Etapa de "crecimiento interno". La operación externa se convierte en interna y sufre un cambio profundo en el proceso. Existe una interacción constante entre las operaciones externas e internas. En el

(52) Vygotsky L. S. Ob. Cit.

lenguaje sería la etapa final del lenguaje interiorizado, sin sonido.

Esquemáticamente el lenguaje y el pensamiento estarían representados como dos círculos en intersección. En sus partes superpuestas --- constituye lo que se ha llamado "pensamiento verbal". Existe sin embargo, una área del pensamiento muy amplia que no tiene relación directa -- con el lenguaje.

Por lo tanto, la función del pensamiento y lenguaje, tanto en -- los adultos como en los niños, es un fenómeno limitado a una área circ-- cunscrita. El pensamiento no verbal y el lenguaje no intelectual, no -- participan de esta fusión y son afectados solo indirectamente por los - procesos del pensamiento verbal.

Para finalizar, haremos ahora un resumen de los resultados del -- análisis realizado por este notable autor: de los estudios de la psico-- logía comparativa, se llega al supuesto básico de que en el mundo ani-- mal el camino hacia un intelecto del tipo humano no es el mismo que el camino hacia un lenguaje con estas características. El pensamiento y el lenguaje no arrancan de una sola raíz. El pensamiento y el lenguaje "em-- brionarios" en los animales se desarrollan igual que en los seres huma-- nos a lo largo de líneas separadas. Por lo tanto, la habilidad animal - para expresarse oralmente no es indicación de su desarrollo mental.

Los datos más relevantes suministrados por los estudios realiza-- dos en niños nos enseña que las raíces y curso del desarrollo de la in-- teligencia difieren de los del lenguaje. Que inicialmente el pensamien-- to es no-verbal y el lenguaje no-intelectual.

Stern, con su teoría del "descubrimiento" asegura que esta etapa



se da universalmente, la cual dió lugar a una serie de teorías oponentes. Koffka, se coloca en una posición intermedia y dice que la palabra se convierte en una parte de la estructura del objeto, en términos equivalentes con las otras partes. Durante un tiempo no es un signo para el niño sino simplemente una de las propiedades del objeto, que debe serle suministrada para completar su estructura.

Vygotsky, acepta esta posición, dada por Koffka, ya que considera muy difícil de creer sobre la base de los datos disponibles, que un niño de 18 meses o de 2 años puede "descubrir" la función simbólica del lenguaje. Esto ocurre más adelante, gradualmente, a través de una serie de cambios "moleculares". El uso funcional de un nuevo signo se halla precedido por un período de aprendizaje de la estructura externa del signo y solo en el proceso de operar con las palabras concebidas primero como propiedades de los objetos el niño descubre y consolida su función como signos.

Para Vygotsky, como anteriormente ya se ha expuesto: todas las funciones psíquicas superiores son relaciones de orden social interiorizadas, a base de la estructura social de la personalidad así el lenguaje interior, nace al interiorizarse el diálogo y se desarrolla a través de lentas acumulaciones de cambios funcionales y estructurales, se separa del habla externa del niño simultáneamente con la diferenciación de las funciones sociales y egocéntricas del lenguaje y finalmente, las estructuras de este último dominadas por el niño se convierten en las estructuras básicas del pensamiento.

Esto suministra al autor, un hecho indiscutible para él: "El des

arrollo del pensamiento está determinado por el lenguaje, es decir, por las herramientas lingüísticas del pensamiento y la experiencia socio-cultural del niño. Esencialmente, el desarrollo del lenguaje interiorizado depende de factores externos; el desarrollo de la lógica del niño es una función directa del lenguaje socializado. El crecimiento intelectual del niño depende del dominio de los medios sociales del pensamiento, esto es, del lenguaje.

Las conclusiones fundamentales a las que llega son: si comparamos el desarrollo temprano del habla y de la inteligencia -que como se ha visto a través de su estudio, se desarrolla a lo largo de líneas separadas, tanto en los animales como en los niños pequeños- con el desarrollo del lenguaje interiorizado y el pensamiento verbal, debemos sacar en conclusión que la etapa posterior es una simple continuación de la primera. La naturaleza misma del desarrollo cambia de lo biológico a lo socio-cultural. El pensamiento verbal no es una forma innata, natural de la conducta, pero está determinado por un proceso histórico-cultural y tiene propiedades específicas y leyes que no pueden ser halladas en las formas naturales del pensamiento y la palabra.

II.- TEORIA DE JEAN PIAGET

La posición de Piaget con respecto al problema de la relación -- lenguaje y pensamiento se ha modificado. En sus primeros estudios, (hacia 1923) Piaget creía en la estrecha relación entre lenguaje y pensamiento y es por esta razón que todas sus investigaciones para determinar la naturaleza de este último se basan en el intercambio verbal con los

niños. Posteriormente, cuando estudia la inteligencia sensomotriz anterior al lenguaje y teniendo en cuenta los resultados obtenidos por A. - Rey en su análisis de la inteligencia práctica, así como sus estudios - sobre las operaciones concretas de clases, relaciones y números y las - operaciones proposicionales, llega a la conclusión de que existe una lógica de coordinación de acciones anterior y más profunda que la lógica ligada al lenguaje y que es el punto de partida para la construcción de la inteligencia. De esta manera, se remonta a los orígenes mismos de la inteligencia y enfoca el problema desde un punto de vista genético-causal.

No por estos últimos descubrimientos se le va a quitar importancia al "rol" que el lenguaje juega en la construcción de la inteligencia. Las principales estructuras operatorias están, ciertamente, inscritas en el lenguaje corriente ya sea en la sintaxis (estructuras de orden) o en la semántica (estructuras de clasificación). Por ejemplo en la sintaxis, examinando diferentes idiomas, en inglés la lógica de la oración es dada por el orden en que se presentan sus elementos o sea, sujeto-verbo y complemento, en español interviene tanto el orden, que es en gran medida flexible como las relaciones-preposiciones. En idiomas como el alemán, ruso o griego, donde prevalece el sistema de la declinación, el orden lógico es dado por esta última, es decir, tanto la oración puede estar construída en el orden sujeto-verbo-complemento, como puede cambiarse este orden de los elementos. En la semántica: en el sentido corriente de las palabras gorrion, pájaro, animal y ser viviente, el sujeto que habla puede concluir que todos los gorriones son pája

ros, que todos los pájaros son animales y que todos los animales son seres vivientes, lo que constituye un encajamiento jerárquico de clases.

Ahora bien, al decir que las operaciones están inscritas en el lenguaje, la pregunta que surge inmediatamente es la siguiente:

Cuál es el rol del lenguaje en la formación de la inteligencia?

La respuesta de Piaget es muy clara al respecto:

"El lenguaje constituye una condición necesaria en la construcción de la inteligencia, pero no es suficiente". (53) En una breve revisión de su posición trataremos de analizar este postulado básico.

BREVE EXPOSICION DE LA CONCEPCION DE PIAGET ACERCA DE LA RELACION EXISTENTE ENTRE PENSAMIENTO Y LENGUAJE.

Primeramente, creemos conveniente presentar las hipótesis elaboradas por Piaget que, a nuestro parecer resumen las diferentes posiciones que pueden ser tomadas, se trata del tema de la relación existente entre pensamiento y lenguaje.

Estas hipótesis se refieren a dos puntos principales del problema:

I.- ¿Cuál es el rol del lenguaje en la génesis y construcción de las operaciones intelectuales?

II.- ¿Cuál es el rol del lenguaje en la terminación de estas estructuras intelectuales?

Respecto al primer punto enunciado Piaget se plantean los siguientes problemas:

(53) Piaget J. "Le Langage et les opérations Intellectuelles".

1) Si las raíces de las operaciones intelectuales se encuentran en un período anterior al lenguaje, o si ellas se localizan en las conductas verbales.

2) Si la formación del pensamiento está ligada específicamente a la adquisición del lenguaje, o a la formación de la función semiótica en general.

3) Si la transmisión verbal es suficiente para constituir en el espíritu del niño las estructuras operatorias o si esta transmisión es eficaz solamente a condición de ser asimilada gracias a las estructuras de naturaleza más profunda, no transmisibles ellas mismas por el lenguaje.

Para dar una respuesta a estos problemas se pueden invocar los hechos siguientes, bajo reserva de un conjunto de preguntas no resueltas y de experiencias que quedan por realizar.

1) Varios estudios experimentales se han llevado a cabo en Ginebra en la etapa anterior al lenguaje y que, debido a la ausencia de toda función simbólica, (semiótica) se la ha llamado la etapa senso-motriz de la inteligencia. A este nivel se elabora un sistema de esquemas que prefiguran ciertos aspectos de las estructuras de clases y de relaciones. Un esquema es lo jerarquizable en una acción dada: por ejemplo, después de haber alcanzado un objeto alejado jalando el cobertor, sobre el cual estaba puesto ese objeto, el bebé generalizará este descubrimiento utilizando otros varios soportes para acercarse, otros varios objetos en situaciones diversas. El esquema llega a ser de esta manera una especie de concepto práctico, definido por el uso que el be

bé puede hacer de los objetos; así tendríamos la clase de objetos que se tocan, que se chupan, que se tiran, etc.

Los esquemas comportan, por otra parte, una gran variedad de -- "puestas en relación" preludios de la lógica de relaciones que se desenvolverá ulteriormente sobre el plan de la representación. Estas relaciones pueden llegar al punto de formar una especie de seriaciones temporales, por ejemplo, para alcanzar una determinada meta el bebé -- tiene que realizar una serie de acciones en un orden temporal determinado. Otra característica que encontramos en esta etapa es que el sujeto, además de ser capaz de utilizar esas nociones prácticas de clase y relaciones, puede realizar una serie de inferencias de tipo práctico también, por ejemplo, buscando un objeto (sonaja) bajo un lienzo, bajo el cual se ha ocultado también un gorro que cubre a su vez la sonaja, -- el niño de 16-18 meses concluye rápidamente, después de haber levantado el lienzo y no ver la sonaja que ésta se encuentra escondida bajo el gorro, porque la sonaja fue escondida bajo el lienzo y que él no la puede ver al levantar este último.

Pero sobre todo, el "esquematismo" senso-motriz conduce a las refiguraciones de futuras nociones de conservación y a la futura reversibilidad operatoria. Es así que entre la primera mitad del primer año y aquella del segundo, se elabora esta forma elemental de conservación que es el esquema del objeto permanente. Este esquema constituye una especie de "invariante de grupo"; de hecho, la búsqueda del objeto desaparecido en función de su localización es asegurada únicamente por la constitución de un "grupo de desplazamientos" que coordinan-

los rodeos (asociatividad de grupo) y los retornos (reversibilidad). (54)

Resumiendo, estos hechos nos obligan a pensar que las raíces de las operaciones son anteriores al lenguaje, sin que esto nos impida establecer una relación de filiación entre las operaciones que resultan de la acción y su interiorización y la lógica de las coordinaciones de acciones. Por ejemplo: la operación de sumar dos números ($2+3=5$) procede de la acción de reunir objetos y si es necesario tachar esta reunión de simbólica, es en tanto que los términos 2, 3, 5, =, +, son "signos" y no "cosas", pero la suma que se realiza sobre esos signos es una reunión tan real, como la que se realiza sobre los objetos.

2) El segundo problema que nos planteamos en cuanto a la formación del pensamiento es de saber si está ligado a la adquisición del lenguaje o a la formación de la función semiótica. En el desarrollo normal del niño vemos que la formación del pensamiento es contemporánea a la adquisición del lenguaje, sin que por esta relación se pueda establecer un lazo causal entre lenguaje y pensamiento. La tesis que Piaget presenta es de considerar a ambos como solidarios de un proceso más general que es la constitución de la función simbólica y ésta está dominada por la inteligencia en su funcionamiento total.

Las diferentes manifestaciones de la función simbólica son: la imitación diferida (en ausencia del modelo), la imagen mental (imitación interiorizada), el juego simbólico y el lenguaje. Lo propio de esta función simbólica es llegar a establecer la diferenciación del significante y del significado y la capacidad de evocar, gracias a los signi

(54) Piaget j. Ob. Cit.

ficantes diferenciados, los significados no percibidos actualmente.

Ahora bien, la transición entre las conductas sensomotrices y - las conductas simbólicas representativas está asegurada por la imita-- ción, de la cual los prolongamientos diferidos y la interiorización -- aseguran su diferenciación entre significante y significado. Es nota-- blemente en un contexto de imitación que se adquiere el lenguaje y es-- te factor imitativo parece constituir un auxiliar esencial, porque si-- el aprendizaje del lenguaje fuera debido solo a condicionamientos, de-- bería ser bastante más precoz.

3) Con respecto a saber si el lenguaje es suficiente para cons-- tituir las estructuras operatorias o si él es eficaz a condición de -- ser asimilado gracias a estructuras de naturaleza más profunda. La ex-- periencia nos ha enseñado que una transmisión de informaciones relati-- vas a las estructuras operatorias no es asimilada mas que a un nivel - en el cual las estructuras son elaboradas sobre el terreno de las ac-- ciones o de las operaciones en tanto que adquisiciones interiorizadas, y si el lenguaje favorece esta interiorización, él no crea ni transmi-- te estas estructuras completamente acabadas, por vía exclusivamente -- lingüística. Por ejemplo: a pesar de las clasificaciones inscritas en-- el lenguaje, el niño no domina sino hasta el nivel de las operaciones-- concretas el manejo de las definiciones inclusivas y las clasificacio-- nes en general; o las expresiones verbales que connotan la inclusión - de una subclase, por ejemplo, "algunas de mis flores son amarillas", - no son dominadas sino hasta el nivel en el cual la inclusión está ase-- gurada gracias a un juego de operaciones aditivas o multiplicativas de

clase. Tenemos también otro ejemplo, en la práctica de la enumeración-hablada que no es de ninguna manera suficiente para asegurar la conservación de conjuntos numéricos y la conservación de equivalencias por correspondencia bi-unívoca, etc.

Referiéndose al problema No. 2 que trata sobre el rol del lenguaje en la constitución y terminación de las operaciones, nos planteamos las siguientes hipótesis:

1).- Las operaciones funcionan solamente bajo forma lingüística o bien, ellas derivan de las estructuras de conjunto, o sea un sistema dinámico no formulados en el lenguaje.

2).- A pesar del rol del lenguaje en la terminación de las estructuras operatorias finales, este permanece necesario en un sentido constitutivo o solamente a título de instrumento y reflexión.

3).- En el caso en el que el lenguaje tuviera un rol constitutivo queda por establecer si es antes que todo un sistema de comunicación como lo que esto comporta, en cuanto a reglas de control y de corrección de errores, o si es constitutivo en el sentido de que las estructuras estarían preestablecidas en un lenguaje todo construido.

Para abordar estos problemas, es a nivel de las operaciones formales o hipotético-deductivas que debemos situarnos, dada la naturaleza misma de estas operaciones: éstas están manifiestamente más ligadas al ejercicio de la comunicación verbal y difícilmente podría uno ver como se termina su desarrollo sin el empleo del lenguaje.

1) La respuesta que podemos proporcionar a este primer punto está de hecho implícita en las nociones expuestas anteriormente. Así, -

sabemos que las operaciones tienen sus raíces en una etapa anterior al lenguaje y que ellas lo sobrepasan, en el sentido de que las estructuras operatorias proposicionales constituyen sistemas relativamente complejos, no inscritos a título de sistemas en el lenguaje mismo. Citaremos para ejemplificar, las experiencias de A. Morf; a sujetos de 11 a 12 años, que se encuentran en un nivel intermediario entre las operaciones concretas y las operaciones formales, les presenta una serie de problemas de razonamiento que comportan implicaciones, disyunciones, etc. Comienza por analizar la solución espontánea de los sujetos y después les dá una serie de informaciones verbales, repitiéndoles las preguntas con precisiones suplementarias y ejemplos análogos, etc. El resultado de esas intervenciones es sistemáticamente negativo, salvo en el caso de los sujetos que habían resuelto espontáneamente algunas preguntas por vía hipotético-deductiva, pudiendo entonces asimilar la significación de la información suplementaria en los casos en que habían dado respuestas negativas.

Podemos entonces concluir que las operaciones derivan de las estructuras de conjunto que no están formuladas como sistemas en el lenguaje.

2) Con respecto al segundo punto de saber si el lenguaje juega rol auténticamente constitutivo o solamente indirecto y auxiliar, parece que debemos reservarnos hasta el momento en que los trabajos realizados de acuerdo con las diferentes tendencias del estructuralismo lingüístico (Hjelmslev, Togeby, Harris, etc.) hayan encontrado suficientes puntos de unión con el análisis algebraico y lógico de los mecanis

mos del pensamiento.

3) El rol del lenguaje que pudiera considerarse constitutivo estaría determinado por una especie de educación del razonamiento debido a las condiciones de la comunicación y a la precorrección de errores - que son los objetivos principales del lenguaje. Algunos investigadores se orientan hacia la búsqueda de un funcionamiento y de una fuente comunes en los cuales podrían concebirse la acción formatrix del lenguaje sobre las operaciones, entendiendo que esta acción formatrix rebasa los cuadros del lenguaje y prolonga en el terreno de la coordinación de acciones sociales el proceso equilibrador, y a la obra en el dominio de la coordinación de las acciones en general.

Dentro de este campo quedan todavía muchas investigaciones a -- realizar.

CUADRO SINOPTICO SOBRE LAS CARACTERISTICAS OPERATORIAS EN
DIFERENTES GRUPOS PATOLOGICOS.

En el cuadro No. 1 se indican brevemente las principales características del funcionamiento operatorio de la inteligencia, resultado de varios estudios realizados principalmente en Suiza, Francia y Estados Unidos, con la escala operatoria de Piaget para determinar el nivel de desarrollo intelectual.

En cada grupo patológico se estudiaron las principales categorías de construcción de la inteligencia, que son:

Dominio de la Conservación, de la Lógica, Espacio y Tiempo, e - Imagen. Se pone de relieve los desniveles encontrados, lo cual nos ---

	CONSERVACION	LOGICA	ESPACIO/TIEMPO	IMAGEN	DESNIVEL	FUNCIONAMIENTO
Privación sensorial SORDOS MUDOS	Olerón: 6 años de retraso. Material complicado Substancia mejor que líquidos Furth: 2 años de retardo. Experimentación activa. Peso antes que líquidos.					Dudas de tipo constructivo.
CIEGOS (Handicap para la imitación) Figurativo perturbado. Handicap infralógica	Hatwell: 2-3 años retraso. Subs./ peso/ vol. Mismo orden, mismos argumentos.	Con soporte perceptivo: 4 años retraso Con soporte verbal: no hay retraso. Autonomía relativa del lenguaje.	Retraso hasta de 6 años		Al interior de la lógica: +verbal/ -percepción +conservación/ -espacio +log. soporte verbal/ -espacio +lóg- soporte verbal/ -conservación	Los desniveles en la lógica parecen desaparecer después de 10 años de edad. Puede llegar al formal - al mismo tiempo que los normales. Cuando hay retraso, no existen manifestaciones paranormales.
Detención del Desarrollo DEBILIDAD MENTAL	Retraso homogéneo con fijación en un nivel del desarrollo				No hay desniveles. En todo caso existirían entre +conservación -lógica.	Falso equilibrio. Fenómenos paranormales. Impermeabilidad a la experiencia. No alcanzan el nivel formal.
Regresión. SENILIDAD	Estados intermedios. No hay integración de conjunto aún si se constatan los hechos y se dan argumentos.	Deterioración muy importante (mayor que en conservación)	Deterioración más importante que para conservación	Incapacidad de reproducir etapas sucesivas debido a un debilitamiento de la actividad estructurante	+conser. -lógica +conserv. -espacio -imagen +lógica -espacio -imagen	No dan argumentos claros. Olvidos. Impermeabilidad al aprendizaje. No hay homogeneidad en sus conductas.
Problemas Instrumentales DISFASIA.	No hay retraso significativo.	Con soporte verbal: retraso significativo Con manipulación: no retraso.	Retraso muy importante en el 90% de los sujetos insuficiencia del simbolismo figurativo.		+conserv. -figurativo Lógica: +soporte manual -soporte verbal.	Retraso del figurativo sin signos para normales. Suplen el lenguaje por actividad gestual.
DISPRAXIA.	En retraso, mayor o menor según el caso. Adquisición posible de estructuras elementales	Actividad constructiva: retraso Menor actividad: menos retraso	Espacio: muy perturbado Retraso más importante que para las conservaciones. Con ayuda: regresión.		+conser. -lóg. constr. +conser- -espacio	Soluciones paranormales en espacio e imagen. Con ayuda: deteriorización
Disfuncionamiento PSICOTICOS	A veces retraso importante	No hay retraso; a veces ligero avance	Puede haber retraso, nivel normal o avance		+lógica -conservación	Conductas paranormales. Soluciones dependen del momento

C U A D R O N o. 1

ilustra positivamente acerca del papel que puede jugar en la construcción de la inteligencia lo que específicamente falta a esos sujetos; y por último, se menciona la forma de su funcionamiento intelectual, que también se encontró característico de cada grupo.

Los grupos estudiados fueron los siguientes:

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 1) Privación sensorial | a.- sordomudos |
| | b.- ciegos |
| 2) Detención del desarrollo: | débiles mentales. |
| 3) Regresión: | Senilidad. |
| 4) Problemas instrumentales | a.- disfásicos |
| | b.- dispráxicos |
| 5) Disfuncionamiento: | psicóticos. |

Como se puede observar, de acuerdo con la patología específica de cada grupo, el perfil de desarrollo operatorio que se obtiene varía en cada categoría. Así tenemos, por ejemplo, que en los ciegos se encuentra un desnivel en el área de la construcción de la noción de espacio, en favor de la lógica con soporte verbal, pudiendo llegar estos sujetos a alcanzar el nivel formal de pensamiento al mismo tiempo que los sujetos videntes quedando, con esto demostrada en cierta manera, una autonomía relativa del lenguaje con respecto al aspecto figurativo de la Inteligencia.

Con respecto al grupo de los disfásicos (no queriéndoles llamar afásicos por razones de diagnóstico y pronóstico, puesto que estos estudios se refieren a niños), vemos que estos están clasificados dentro del grupo de problemas instrumentales de la inteligencia, y no considerados como deficiencias intelectuales. El perfil operatorio que se

encontró fue el siguiente: En el dominio de la conservación: no se presenta retraso significativo.

En el dominio de la lógica: Con soporte verbal, naturalmente -- que encontramos un retraso significativo, pero cuando se le presenta un material que él puede manipular para hacer sus clasificaciones, alcanza un nivel de desarrollo normal.

En el dominio espacial: Encontramos un retraso importante en el 90% de los sujetos, con insuficiencias grandes en el símbolismo figurativo (imagen mental).

Desniveles: Encontramos una mejor estructuración en lo que corresponde al dominio de la conservación en relación con el aspecto figurativo de la inteligencia. Al interior del dominio de la lógica hay un avance de las operaciones que pueden ayudarse de un material concreto para su actualización, que aquellas que cuentan únicamente con un soporte verbal.

En cuanto a su funcionamiento encontramos los siguientes datos:

1.- Aunque hay un retraso significativo del aspecto figurativo del pensamiento, no se presentan signos paranormales.

2.- Estos sujetos presentan una gran capacidad para suplir sus deficiencias verbales por medio de las actividades gestuales y desarrollan una serie de estrategias "motoras" que compensan su deficiencia de lenguaje.

3.- Frecuentemente es un problema que viene acompañado por perturbaciones de tipo afectivo.

4.- Su capacidad de aprendizaje se encuentra desfavorablemente disminuído en comparación con la capacidad de aprendizaje de un sujeto

normal. Más bien, parece ser que el tipo de aprendizaje que realizan - es de carácter inmediato, no tratándose de un verdadero aprendizaje.

Los grandes problemas que plantean estos sujetos al psicólogo, - son los siguientes:

a.- Cuál es el origen de sus deficiencias del lenguaje, en relación con los procesos intelectuales?.

b.- El hecho de que el aspecto figurativo del pensamiento esté tan dañado, nos permite formular la siguiente hipótesis:

-el nivel de desarrollo en que se provocó un "daño" que perturbó el desarrollo normal del simbolismo figurativo tuvo que ser anterior al lenguaje, es decir, en el momento en que la imitación diferida permitía el paso de la inteligencia sensoriomotora a la inteligencia - representativa, caracterizada por la aparición de la función semiótica, es decir, la capacidad de diferenciar entre significante y significado.

Este es un problema que aún no puede ser resuelto y que plantea grandes dificultades de experimentación.

c.- Pueden estos sujetos alcanzar el nivel formal del pensamiento, ejecutar las operaciones hipotético- deductivas, que tienen como soporte esencial el lenguaje, supliendo totalmente sus deficiencias? - Hasta qué punto, y por qué medios?

3) TEORIA DE B. F. SKINNER.

La base teórica propuesta por Skinner para considerar la conducta verbal en términos puramente objetivos, fue dada en sus conferencias de 1947 que más tarde fueron publicadas bajo el título de "VERBAL BEHAVIOR" en 1957, donde afirma que la respuesta verbal puede ser estu

diada como cualquier otra respuesta y que la conducta verbal está probablemente sujeta a las mismas clases de variables que previamente se han visto en estudios de condicionamiento operante. (55)

Los hombres actúan sobre el mundo, lo cambian y son cambiados como consecuencia de sus actos. Cuando una conducta apropiada ha sido establecida, sus consecuencias llevan a procesos similares a los de los animales para mantenerla y reforzarla. Si por un cambio del medio ambiente, la conducta cambia, las viejas formas de ésta desaparecen, mientras que las nuevas consecuencias construirán nuevas formas de ésta.

La conducta puede alterar el medio ambiente por una acción mecánica y sus propiedades o dimensiones están frecuentemente relacionadas en una forma simple a los efectos producidos. Cuando un hombre va hacia un objeto para alcanzarlo, el contacto físico sigue a esta conducta; y si lo toma, levanta, jala o empuja, el objeto cambiará de posición en direcciones apropiadas; todo esto surge de simples reglas geométricas o mecánicas.

La mayor parte del tiempo el hombre actúa solo indirectamente sobre el medio ambiente del que dependerán su conducta según las últimas consecuencias. El primer efecto es sobre otros hombres, por ejemplo un sediento en lugar de beber en una fuente pedirá "un vaso de agua" esto es, puede engranar su conducta produciendo ciertos patrones de sonidos que inducen a otro a traerle un vaso de agua. Los sonidos por sí mismos son fáciles de describir en términos físicos, pero el vaso de agua llega solamente al que habla como el resultado de una serie compleja de --

(55) Skinner B.F. "A functional Analysis of Verbal Behavior".

eventos que incluye la conducta del oyente, y la última consecuencia, el recibir el agua, soporta las relaciones geométricas o mecánicas, de la forma de conducta al "pedir agua".

La "comprensión" de la conducta verbal, es algo más que el uso consistente de un vocabulario con el que puedan describirse ejemplos específicos. El comprender la conducta verbal en un análisis "causal" va a ser dado del alcance para poder predecir la frecuencia con que -- ocurren ejemplos específicos, y eventualmente del alcance para poder producir o controlar dicha conducta alterando las condiciones sobre -- las que ésta ocurre.

El mecanismo básico de esta teoría es la operante verbal, definida como una relación de dependencia entre una respuesta verbal de -- cierto tipo y una condición antecedente. Existen varias variedades de operantes: una de ellas es la de mando, como por ejemplo: la respuesta verbal que viene del control de estados de necesidad del organismo, -- así "agua" ocurre cuando esta substancia es deseada, "ven" cuando alguien quiere a alguien cerca etc., Si la misma respuesta ocurre en presencia del pálido y traslúcido líquido, pero con un estado de necesidad indiferente, entonces es el tacto una respuesta verbal sobre el -- control del objeto estímulo externo. Nótese que la misma respuesta --- "agua" está participando en dos operantes distintas e independientes -- en términos de Skinner. Otras operantes son las respuestas Ecoicas (el niño diciendo "perro", después de que su madre pronunció el mismo lenguaje), las respuestas Textuales (control de emisión de respuestas por estímulos ortográficos, etc. La fuerza de las operantes va siendo desarrrollada a través del reforzamiento diferencial de respuestas particu-

lares, cuando un estímulo particular antecedente está presente.

Esta es una concepción muy sincera de la conducta y la probabilidad de emisión de las respuestas (verbales o de otro tipo) es una -- función de patrones momentáneos de eventos de estímulo por tanto un mo delo de "simple estado". Una variedad de puntos de estímulo puede tener relaciones operantes con una respuesta verbal simple, por ejemplo: la palabra "caramelo" puede ser múltiple-determinada por la simultánea presencia del objeto, "caramelo" (tacto), un deseo por lo dulce, (mando) y al oír a un niño decir la palabra (ecoica).

Nociones mentalistas tales como significados, actitudes e ideas, Skinner las evita, enfatizando los eventos medibles y externos que determinan la conducta verbal. Esta conducta ha sido definida como --- "conducta reforzada a través de la mediación de otras personas" (Skinner 1957). (56)

Las conductas generalmente consideradas como Verbales, tales como hablar, escribir etc. son el punto de partida de los experimentos. Todas las consideraciones de ¿por que? ocurren estas conductas, forman las variables independientes del análisis, por lo que se ve que los experimentos pueden aislar de hecho al sujeto de un medio -ambiente- social, sustituyendo con otros tipos de estímulos el rol que las personas naturalmente juegan.

De hecho, también el tradicional concepto de "significancia" no juega parte importante en los experimentos y el rol del significado en

(56) Skinner B. F. "Verbal Behavior".

la conducta verbal ha sido discutido extensamente por Skinner, el análisis conductual del "significado" no es solamente de la conducta verbal, técnicamente los "significados" se encuentran entre las variables independientes, en una aproximación funcional, en lugar de ser propiedades de la variable dependiente. Cuando alguien dice que puede ver el significado de una respuesta, quiere decir que puede inferir algunas de las variables independientes de las cuales la respuesta es función.

El área del condicionamiento verbal ha introducido el análisis funcional de Skinner al aprendizaje verbal, pero no ha contribuido significativamente a la construcción de un buen modelo para el análisis del contenido verbal, asociación verbal y aspectos semánticos del lenguaje.

QUE ES LO QUE SKINNNER NOS DICE ACERCA DE LA AFASIA

A) La condición patológica de la conducta verbal, llamada afasia frecuentemente enfatiza diferencias funcionales las que son difíciles de comprender en términos de su valor tradicional.

El afásico no puede ser capaz de nombrar un objeto, pudiendo -- emitir el nombre inmediatamente cuando se le ordena, o puede ser capaz de nombrar un objeto aunque no podrá repetirlo después de que alguien lo dijo. (57) El afásico ha perdido algo de las relaciones funcionales que controlan su conducta verbal y una respuesta de una forma dada pue de más tarde no ejercer control sobre una relación funcional, aunque - continúe dicho control sobre otra.

(57) Osgood Ch. and Miron N. S. "Approaches To the Study of Aphasia".

B) El control funcional independiente de la conducta en una o más "medias" está nuevamente demostrada en la conducta del afásico. La conducta verbal puede estar perdida, mientras que la conducta escrita sobrevive, o viceversa, donde el defecto no se debe a parálisis del mecanismo apropiado de la respuesta. Algunas veces ambos repertorios sobreviven, siendo uno más lento o agudo que el otro. Lo que se ha dañado en la afasia es el control funcional de la conducta y el daño respecta las líneas de dicho control.

Los trastornos afásicos claramente no son debidos a daño periférico sensorial o motor, teniendo independencia las modalidades operantes del sistema Skinneriano.

4) TEORIA LINGUISTICA DE JAKOBSON:

Pierre Marie (1926) (58) dijo "N'etant malhereusement pas de --- tout Psychologue, je me contenterai de parler ici en medecin qui a medicalment observé de faits medicaux". Jakobson utilizó la misma fórmula al referirse al papel que juega la lingüística dentro de la Afasia.

Como los trastornos de la expresión verbal así como los trastornos de comprensión verbal, en sí mismos pertenecen, obviamente al dominio de la lingüística, la clave para determinar sus síntomas es bajo la guía y la vigilancia de esta ciencia.

La lingüística de acuerdo con Jackson, con respecto a la patología del lenguaje se refiere a que lejos de ser un trastorno causal, es

(58) Tissot H. "Neuropsychopathologie de L'Aphasie".

ta obedece a una serie de reglas y que el conocimiento de la regresión del lenguaje no puede hacerse sin el uso consistente de técnicas y metodología lingüística. Los trastornos del lenguaje tienen su propio orden, muy peculiar y requieren de una comparación sistemática de tipo - lingüístico con nuestro código normal verbal.

La lingüística es actualmente el más reciente campo de trabajo dentro de la afasia (Brain 1961) ya que ésta requiere del análisis estructural del lenguaje y la elaboración de dicho análisis ha sido posible solo en las últimas etapas de la ciencia lingüística. Ferdinand de Saussure, dijo: hace medio siglo que "en cualquier tipo de afasia se -- encontraba por abajo del funcionamiento de los diversos órganos, la -- existencia de una facultad más general; aquella que comanda a los signos y que será la facultad lingüística por excelencia" (1922). (59)

Antes parecía imposible especificar en qué forma y en qué grado esta facultad estaba afectada y fue primeramente necesario reexaminar las partes del lenguaje a todos los niveles de complejidad respecto a sus funciones lingüísticas y sus relaciones mutuas.

En el VI Congreso de la Sociedad Foniátrica Francesa, J. Froment y E. Pichón, subrayaron la importancia de la fonología para el estudio de los trastornos del lenguaje (1939) Froment ilustró su punto de vista aplicando el criterio fonológico a la afasia motora.

Estos conceptos fonológicos en el estudio de la afasia ejemplificaron lo que Jackson y Freud querían decir al hablar de la retrogresión

(59) Saussure F. de "Curso de Lingüística General".

funcional y del desarrollo del aparato del habla, esto apoyaba el punto de vista de Jackson, acerca de que las adquisiciones tempranas son más tenaces y resistentes al daño cerebral que aquellas que se han adquirido más recientemente. (Jakobson 1962; Alajouanine, Ombredane y Durand 1939).

PRIMERA DICOTOMIA (60)

Trastornos de codificación (combinación y continuidad) en oposición con Trastornos de decodificación (selección y similaridad).

Dos operaciones fundamentales subrayan nuestra conducta verbal: Selección y combinación.

La dicotomía de los trastornos de codificación y de decodificación, encuentra su más típica expresión en la divergencia de los síndromes afásicos eferentes y sensoriales. Al mismo tiempo estos dos -- síndromes demuestran claramente el contraste de los trastornos de continuidad y de similaridad.

La indisoluble unidad de estas dos divisiones requiere una explicación. Jakobson se pregunta por qué el contexto está dañado en los trastornos de codificación, mientras que permanece intacto en los trastornos de decodificación? Y porqué por otro lado aquellos componentes autónomos que permanecen intactos en los trastornos de codificación están tan dañados en los trastornos de decodificación donde estas componentes autónomas no sobreviven. La respuesta está basada en el hecho de -

(60) Ciba Foundation Symposium "Disorders of Language" Jakobson.

que los procesos de codificación y de decodificación presentan una diferencia cardinal en el orden.

La codificación comienza con la selección de los componentes -- que son combinados e integrados en un contexto. La selección es el antecedente donde se construye el contexto, es el consecuente o el propósito del codificador. Para el decodificador este orden está invertido. Primero el decodificado está de acuerdo con el contexto y segundo debe de detectar sus componentes; la combinación es el antecedente y la selección es el consecuente, que es el propósito inmediato del proceso de decodificación. El codificar empieza con una operación analítica seguida de una síntesis, el decodificador recibe el dato sintetizado y procede a analizarlo. En los trastornos afásicos el consecuente es lo que está dañado mientras que el antecedente permanece intacto; la combinación por lo tanto es deficiente en los tipos de afasia de codificación y la selección en los tipos de decodificación.

TABLA No. 1 (61)

CODIFICACION		DECODIFICACION	
Intacto	componente	contexto	antecedente
dañado	contexto	componentes	consecuentes

SEGUNDA DICOTOMIA

Limitación contra desintegración.- De estos dos tipos básicos -- de afasia --la eferente y la sensorial-- sus síntomas lingüísticos son

(61) Ciba Foundation Symposium Ob. Cit.

simplicados y reinterpretados. (62) Encontrando dos formas atenuadas:- sobre el tipo de codificación se encuentra lo que Luria llama afasia - "dinámica y sobre el trastorno de decodificación el tipo llamado" - - "semántico". El trastorno dinámico afecta solamente aquellas unidades del habla que sobre-pasan los límites de una oración, llamadas "expresiones largas" especialmente monólogos. En otras palabras este trastor no abarca solamente aquellas combinaciones verbales que se exceden de los límites del código verbal.

Otra variante del mismo síndrome ha sido descrita por Luria y - colaboradores, quien la define como "disolución de la función regulado ra del habla" (1959 - 1962). Considerada desde el punto de vista lin güístico puede ser interpretado como una inhabilidad para trasponer -- un diálogo verbal en un sistema de signos artificiales no-verbales. Di chas actividades semánticas nuevamente, pueden sobrepasar las combina ciones estipuladas y reguladas por el código verbal habitual.

TERCERA DICOTOMIA (63)

Secuencia (Sucesividad) en oposición a Concurrencia (Simultanei dad).

La dicotomía de secuencia y concurrencia divide en dos grupos - los impedimentos afásicos, codificación (combinación) y decodificación (selección). De los dos tipos de ordenamiento con los que opera el len

(62) Tissot H. Ob. cit.

(63) Ciba Foundation Symposium Ob. cit.

guaje -combinación y selección- es el primero de estos en sufrir trastornos de la codificación. Existen dos variedades de combinación del lenguaje: la concurrencia y la secuencia temporal; es la secuencia que va con los trastornos eferentes y dinámicos del trastorno de codificación. Mientras que el tercer tipo de afasia eferente interrumpe la concurrencia. En el nivel fonémico la afasia eferente interrumpe la concatenación de fonemas; mientras que en la afasia eferente la combinación de propósitos concurrentes y distintivos en un fonema están rotos. El síntoma lingüístico típico de las afasias aferentes es el amplio rango de fluctuaciones en la ejecución de los fonemas. En la afasia eferente solo ciertos componentes de secuencia, sobreviven y su contexto está deteriorado; en la misma forma la afasia aferente preserva solamente componentes simples de un manajo simultáneo.

La afasia aferente es un disturbio de codificación en la combinación simultánea; la forma de afasia que Luria provisionalmente acepta con el título de amnésica o acústico-amnésica (1962) es un trastorno de decodificación en la selección secuencial.

En resumen: Los tres tipos de afasia llamados; eferente dinámico y tipo aferente, están caracterizados por trastornos de contigüidad y con una deteriorización del contexto, mientras que los otros tres tipos de afasia según la nomenclatura de Luria, la sensorial, la semántica y la amnésica, traen trastornos de similaridad con daños en el código. Estos mismos grupos vistos en términos de conducta-verbal están opuestos uno al otro como trastornos de codificación y de decodificación. En los tres tipos de trastornos de la contigüidad la habilidad para combinar e integrar está dañado. Mientras que en los tipos efe---

rentes y dinámicos, este daño afecta la integración de los componentes sucesivos, mientras que en el tipo aferente lo que está afectado son los componentes concurrentes, los que fallan al ser integrados. En los tres tipos de trastornos de similaridad, la habilidad para seleccionar identificar está afectada, mientras que en los tipos sensoriales y semánticos lo que falla es el seleccionar las posibilidades concurrentes y la identificación de dichos componentes alternativamente. En la afasia amnésica hay dificultad para seleccionar e identificar. Junto a los tipos simples de trastornos de contigüidad involucrados únicamente en el grupo de sucesividad y los trastornos de similaridad basados únicamente en el grupo de simultaneidad, aparecen dos tipos de intermedios de afasia: un trastorno de contigüidad que implica el eje de simultaneidad (afasia aferente) y un trastorno de similaridad dependiente de un eje de sucesividad (afasia amnésica), por lo que aparece la segunda dictomía; la oposición de secuencia y concurrencia o en términos de Saussure de sucesividad y de simultaneidad. Las que dividen los seis tipos de daño en dos grupos que a su vez están compuestos por tres grupos cada uno.

Contrariamente a la afasia eferente, la afasia dinámica de Luria no tiene dañado ni el contexto fonético ni el gramatical, pero sí en aquel contexto verbal que contenga mas de una oración o que exceda los límites del integrador sintáctico. La oración es el máximo contexto estructurado en las bases de reglas codificadas. (Jakobson, 1955).-

Es ampliamente reconocida, la relación existente entre las lesiones más anteriores de la corteza y los trastornos de codificación.- Por lo que los trastornos de codificación de secuencias corresponden -

a lesiones anteriores frontales y frontotemporales (Luria 1958). Mientras que los trastornos de decodificación que involucran la concurrencia y el eje de simultaneidad del lenguaje se deben a lesiones postero temporales y postparietales. Los tipos intermedios que conectan los trastornos de codificación, con los ejes de simultaneidad o los trastornos de decodificación con el eje de sucesividad del lenguaje, aparentemente corresponden a lesiones retrocentrales (afasia aferente de Luria) y áreas centrotemporales (afasia amnésica de Penfield y Roberts 1959 o de Luria 1962).

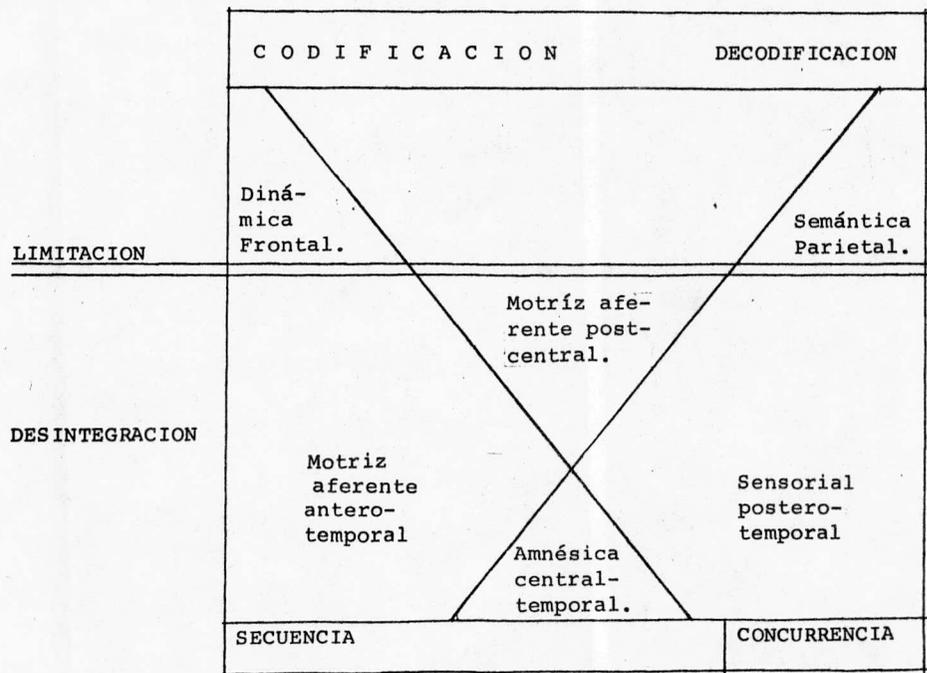
Las lesiones fronto temporales y postero temporales, son responsables de los trastornos básicos de codificación y de decodificación - y en contradicción a estas dos formas de afasia, los tipos limítrofes - están ligados a dos áreas polares. Estos dos tipos son llamados el - - trastorno dinámico cuyo límite es la porción anterior y frontal del cerebro (Luria 1962) "Area frontal intrínseca del cerebro" e inversamente el trastorno semántico de la sección postero-parietal y parieto-occipital" áreas intrínsecas posteriores" (Luria 1958) (Pribram 1960).

El estudio de la afasia no puede pasar por alto el hecho pertinente de que una tipología lingüística de los impedimentos afásicos se correlacionan al dato anatómico.

Los seis tipos de afasia usados por A. R. LURIA y convencionalmente usados aquí, son los siguientes:

- 1.- Dinámica (lesiones de porciones frontales del cerebro).
- 2.- Eferente motor (en relación a la sección anterior fronto -- temporal de la corteza).
- 3.- Aferente motora (retrocentral)

- 4.- Amnésica (centro-temporal)
- 5.- Sensorial (postero-temporal)
- 6.- Semántica (parieto-occipital).



Cuadro que muestra la interpretación lingüística de Jakobson a las formas clínicas descritas por Luria. (64)

(64) Ciba Foundation Symposium ob. cit.

C A P I T U L O I I I
LINEAMIENTOS SOBRE LA REEDUCACION
DE LOS AFASICOS

A.- EVALUACION Y ETIOLOGIA DEL AFASICO

El problema afásico tiene una trascendencia ampliamente significativa en todos los niveles de la actividad humana: personal, familiar, social y económica.

Este tipo de invalidez es muy frecuente y constituye una desgracia familiar muy común y cuando la víctima es por ejemplo, un padre de familia joven, que sostiene bien su casa, que es respetado en la comunidad y que bruscamente se ve invalidado, quizá para todo el resto de la vida... deja entonces de ser el sostén de la casa. No tiene ingresos y necesita médicos, enfermeras, etc., tal vez hospitalización, por tiempo indefinido. La educación de los hijos se interrumpe y la condición social de la familia se deteriora. El paciente se vuelve cada vez más difícil, desajustado, irritable y desgraciado, pero además será -- una carga económica para la familia, la comunidad y el estado.

La rehabilitación de estos inválidos no es substancialmente distinta de la de otros incapacitados, entendiéndose que la primera meta -- por alcanzar en su programa organizado, para entender y resolver todas las necesidades de la persona humana, que debe su invalidez a la deformada conciencia de incapacidad y posibilidades perdidas, será la de -- una buena disposición psicológica.

Es necesario evaluar siempre, no sólo la condición establecida, sino la posibilidad vocacional futura, la capacidad de aprender y so--

bre todo es indispensable el remotivar la necesidad y el deseo de vivir, con todas las facilidades que se ganan con el esfuerzo estimulante, la constancia y la comprobación del progreso.

Tenemos que destacar, que es de suma importancia la personalidad que el paciente tenía antes de su enfermedad y que, a primera vista parecía que la enfermedad sería la causante de los cambios de personalidad que sufre, pero se ha comprobado que un individuo bien ajustado, antes de ser afásico tendrá mejores oportunidades para un último ajuste que otro individuo "neurótico" con el mismo problema. Este último - tendrá una oportunidad más reducida de recuperación tanto para su "neurosis" como para los trastornos afásicos.

Podríamos por comodidad, reducir a tres categorías principales los trastornos que sufre el paciente afásico: (65)

1o.- Trastorno simbólico (lingüístico) y trastornos que se relacionan.

2o.- Cambios intelectuales.

3o.- Modificaciones de personalidad.

Por lo tanto, antes de que se comience con el programa de rehabilitación, es importante y necesario una adecuada evaluación para dar un diagnóstico diferencial del paciente afásico que generalmente tiene dos fines:

1.- Con propósitos clínicos, y

2.- Como necesidades de investigación

(65) 57.- Travis L.E. y otros. "Handbook of Speech Pathology".

Dentro del procedimiento clínico, las pruebas psicológicas nos van a dar la evaluación intelectual y emocional del paciente afásico, lo que constituye, tanto el primer paso en su tratamiento como la base de la medición del progreso subsecuente.

Las pruebas psicológicas utilizadas en esta evaluación, pueden ser divididas en cinco categorías: (66)

a.- Inteligencia

b.- De inhabilidad especial

c.- Personalidad

d.- Nivel pedagógico

e.- Aptitudes e intereses vocacionales

a.- Estas pruebas son generalmente administradas para establecer la capacidad y función intelectual del paciente. En casos de patología orgánica cerebral, estas pruebas son particularmente útiles porque detectan, hasta cierto punto, la extensión del deterioro o el impedimento y revelan la reacción emocional del paciente a este cambio de su función intelectual, es posible que nos indiquen las capacidades residuales del paciente y su prognosis para la rehabilitación.

Los tests usados con mayor frecuencia son los siguientes: Binet, Wechsler, Raven, Full range Picture Vocabulary Test, Peabody Pictures - Vocabulary Test, Vineland Social Maturity Scale, Verbal Language --- Development Scale.

b.- Estos tests generalmente son administrados para determinar la habilidad de una persona al demostrar su adaptabilidad en alguna fun

(66) Lore J.I. "The Evaluation of the Aphasic Adult".

ción específica.

Wechsler Escala de Memoria, Illinois Test de Habilidades Psicolingüísticas. Este test, nos va a dar la extensión del problema de la comunicación del paciente y una noción del nivel de instrucción y de frustración, Color Forms Sorting Test informa sobre la habilidad del paciente para hacer esquemas perceptuales simples y verbalizar su pensamiento, Bender Visual Motor Gestalt Test.

c.- Estos tests proveen de datos de personalidad y nos dan valiosos ejemplos del lenguaje residual del paciente.

Dentro de esta categoría existen muchos tests que pueden ser -- utilizados, los principales son: Rosharsh, Thematic Aperception Test, Projectives Draws.

d.- Además del problema primario de habla y lenguaje, los pacientes afásicos presentan trastornos en la lectura, escritura, aritmética y deletreo y otros temas adquiridos en la escuela; por lo que los tests de este tipo nos darán, la naturaleza y extensión de estas disfunciones.

Las pruebas mas usadas son: Wide Range Achievement Test y California Achievement Test.

e.- Estos tests junto con los descritos anteriormente pueden -- ser útiles para ser aplicados en la mayoría de los pacientes, pudiendo ayudar a su reajuste personal, independencia social y autoseguridad.

Kuder Vocational Preferences Inventory.

Las pruebas anteriormente descritas, combinadas con el examen-- neurológico, proveen de información acerca de la naturaleza de la lesión y por lo tanto de la localización del daño cerebral.

Específicamente para el terapeuta, dichos exámenes dotarán de información acerca de la severidad de la lesión así como su naturaleza, indicando el nivel de tratamiento por el que se debe de empezar.

Asimismo, el re-test nos dará la información sobre el progreso de la terapia y/o de la recuperación espontánea.

Dentro del área de la investigación, las pruebas psicológicas de cualquier tipo son usualmente el índice de variable dependiente, la capacidad de lenguaje del paciente.

Es posible comparar a pacientes con diferentes tipos y extensión del daño cerebral con patrones comunes. Así pues, una batería cuidadosamente seleccionada nos puede dar patrones diferenciales de ejecución, los que se relacionarán al tipo de lesión, tipo de tratamiento, estado de recuperación, etc. (67)

Es recomendable no intentar un diagnóstico definitivo de algún trastorno de lenguaje durante la etapa crítica de la enfermedad del paciente. Durante las primeras semanas es normal que el paciente muestre mas déficits de los que presentará mas tarde como resultado del edema en y alrededor de la lesión patológica.

La fase crítica puede durar de diez días a seis semanas en el paciente consciente. Se puede esperar aproximadamente el mismo período cuando el paciente sale de un estado de coma. Durante este tiempo es conveniente observar la recuperación sistemática y sostener una actitud de expectativa con lo que respecta a desórdenes intelectuales del lenguaje. Quizás el hecho clínico mas importante en muchos pacientes -

(67) Lore J.I. ob. cit.

en este período, es que recobran completamente sus funciones intelectuales y del lenguaje.

La manera más fructífera de considerar el problema del diagnóstico en un desorden del lenguaje, es guiarse por la patología básica, - las secuelas neurológicas no verbales. Señalando el lugar de la lesión, el tipo de problema del lenguaje puede ser sugerido. Por ejemplo, aquellos con una lesión en el hemisferio izquierdo pueden ser afásicos. --- Aquellos con lesión el lado derecho pueden estar intelectualmente dañados; una lesión en el tronco cerebral puede producir Disartria.

CUATRO TIPOS DE GUIAS PARA LA EVALUACION
DEL AFASICO

I.- "Guía breve para la Afasia" por HILDRED A. SCHUELL

División de Neurología del Hospital de Veteranos de Minneapolis,
Minn.

1.- Se pide al sujeto que señale o dibuje una línea bajo los dibujos de una serie de objetos. Por ejemplo, un coche, una mesa, etc. La orden es la siguiente: "Señale el objeto que yo nombre"

2.- Al sujeto se le pide que haga una descripción escrita, sobre una escena. Se le conceden cinco minutos.

3.- Al sujeto se le pide que escriba varias palabras simples, -- mientras el examinador le dice "hombre-hombre viejo" -Escriba hombre.

4.- Al sujeto se le pide que deletree oralmente varias palabras simples.

5.- Se le muestran varias letras del alfabeto, tanto en letra de imprenta como manuscrita. Se mueven después las tarjetas y se le pide -

que las reproduzcan exactamente como estaban.

6.- Se le pide al sujeto que dibuje la figura de un hombre.

7.- Se le pide al sujeto que dé el significado de viejos proverbios.

8.- Se le pide que dé el significado de varias palabras simples, por ejemplo: qué significa canario. La correcta contestación sería "es un pájaro" y lo incorrecto sería "canario amarillo"

9.- Se le pide al sujeto que nombre varios objetos simples señalados por el examinador.

10.- Se pide que repita varias palabras después del examinador, con el fin de investigar aberraciones fonéticas.

11.- Se le pide que ejecute actos motores orales simples, como por ejemplo: la "a" sostenida durante cinco segundos, moviendo la lengua de izquierda a derecha de la boca.

12.- Se le pide que lea un párrafo de prueba para después contestar a varias preguntas escritas, con un "sí ó no". Por ejemplo Un hombre llamado Juan encontró un dragón en Indonesia. El dragón vive en las cuevas del mar?

13.- Se le pide que lea oraciones cortas, para que después responda con un sí ó un no a preguntas sobre esas oraciones, por ejemplo ¿Hay siete días en una semana? sí - no

14.- Se le presentan seis palabras impresas y se le pide que señale varias palabras dichas por el examinador, por ejemplo: ¿Dónde dice perro?

15.- Se le pide que escriba varias oraciones que varíen en longitud dándolas oralmente una sola vez.

16.- Se le pide que señale palabras simples representando objetos, por ejemplo: señale el coche

17.- Se le pide que lea un párrafo corto, como por ejemplo: --- acerca del descubrimiento de América, después de oírlo, tendrá que contestar varias preguntas relacionadas con lo leído.

18.- Se le pide que ejecute varias tareas con objetos conocidos, diciéndole por ejemplo: ¿Con Cuál come?, ponga la cuchara dentro de la copa, etc.

19.- Se le pide que repita después del examinador varias palabras y oraciones.

20.- Se le pide que señale, en orden, varios dibujos de objetos que serán nombrados en forma seriada, por ejemplo: señale el hombre y el perro, señale la puerta, el techo o el pasto, etc.

Schuell, elaboró un test llamado: El Minnesota Test para el diagnóstico diferencial del afásico. Después de 17 años de investigación y observación clínica en el servicio de Neurología del Hospital de Veteranos de Minneapolis, en asociación con la división de Neurología de la Escuela para Graduados de la Universidad de Medicina de Minnesota.

Este instrumento está estandarizado y dá al examinador la oportunidad de observar y describir los patrones de inhabilidad y predecir el curso de la recuperación. El test está dividido en cinco secciones, que comprenden los siguientes temas: Trastornos auditivos, Trastornos visuales y de lectura, Trastornos del habla y del lenguaje, trastornos viso-motores y de la escritura y Trastornos de las relaciones numéricas y de los procesos aritméticos. La estandarización se hizo en poblaciones hospitalizadas de adultos afásicos y no-afásicos.

II.- Prueba de EISENSEN, J. "Examining for aphasia" New York,-
The Psychological Corporation, 1954.

1.- Se dirige al paciente a identificar objetos, láminas, colores y formas; números, letras, palabras impresas y oraciones impresas.

2.- Se dirige al sujeto a identificar a través del tacto objetos; moneda, canica, candado, cuchara y un peine pequeño.

3.- Se dirige al sujeto a identificar sonidos realizados por el examinador; tos, chiflar, bostezar, suspirar y nombrar los sonidos.

4.- Se dirige al sujeto a identificar palabras habladas por el examinador: oreja, nariz, cabeza y codo. El sujeto señala.

5.- Se dirige al paciente a escoger entre cuatro contestaciones a las preguntas presentadas por escrito:

a.- ¿Qué ruido hacen los gatos?

b.- ¿Qué estación viene antes que el otoño?

6.- Se dirige al sujeto a contestar preguntas simples presentadas verbalmente. Si no da una contestación espontánea, se le presentan cuatro respuestas alternativas, por ejemplo: ¿Qué usamos en la cabeza? zapatos, sombreros, calcetines, camisas.

7.- Se pide al sujeto que conteste brevemente a las preguntas hechas sobre un párrafo leído por el examinador (verbalmente) Si falla se usan las respuestas alternadas de opción múltiple.

8.- Se pide al sujeto que coloque las manecillas del reloj en los siguientes lugares; 5.30, 7.45, 5.25.

9.- Se conduce al sujeto a que resuelva problemas aritméticos simples, como por ejemplo; $7 + 3$, $14 - 5$.

10.- Se pide al sujeto que escriba oraciones breves dictadas por

el examinador. Se pueden observar los siguientes errores: letras dobles, invertidas, escritura en espejo.

11.- Se pide al sujeto que deletree ciertas palabras presentadas verbalmente. Si falla, puede hacerlo por escrito.

12.- Se examina el "lenguaje automático" por ejemplo: decir y cantar las cinco notas musicales, el alfabeto, los días de la semana.

13.- Se pide al sujeto que repita después del examinador, series numéricas, palabras y oraciones, presentadas en unidades, como por ejemplo: 9, 14, 1560; taza, casa, exitosamente; un gato toma leche, Australia es el menor de los continentes.

14.- Se le pide al sujeto que realice actos motores muy simples, como por ejemplo: sacar la lengua, aplaudir, atar un nudo, peinarse, usar una cuchara, fumar un cigarro. Si el sujeto no comprende la orden, el examinador las ejemplificará por medio de la mímica.

15.- Se le pide al sujeto leer en voz alta un párrafo, bien seleccionado y representativo de la fonémica del idioma.

III.- "Guía breve para el diagnóstico diferencial de la Afasia" por MARTHA TAYLOR SARNO, Patóloga del habla, Instituto de Medicina Física y Rehabilitación. Centro Médico Universitario de Nueva York.

Test para Afasias Receptivas

La primera tarea es medir la capacidad del paciente para entender el discurso. Mucho de esto puede ser realizado durante el exámen físico, observando las respuestas del paciente a las instrucciones. Esto requiere un alto grado de suspicacia, puesto que es fácil dar por hecho que el paciente ha entendido una consigna verbal, cuando en realidad el examinador le ha brindado índices visuales.

La longitud y complejidad de una consigna, determina su dificultad relativa. He aquí una lista en orden de dificultad:

- Abra su boca
- Cierre los ojos
- Mire hacia la puerta, mire a la ventana
- Hay un teléfono en el cuarto?
- Su nombre es Carlos? (utilice nombre equivocado)
- Deme su mano
- Mire al techo. Mire hacia abajo.
- Toque su oído derecho con su mano izquierda (si el brazo izquierdo funciona)
- Toque su codo izquierdo con su mano izquierda (lo que debe provocar protestas por su imposibilidad.
- Busque una respuesta a una pregunta absurda como: Ve usted el camello en la esquina.

Test para Afasia Expresiva

La manera más eficiente de estimar una habilidad expresiva es durante una larga conversación con el enfermo. A causa de las dificultades de éste, pueden existir silencios largos. El examinador debe tener paciencia y resistir la tendencia a hablar. Después de algunas frases preliminares simples, se harán preguntas que requieren respuestas largas. He aquí una lista de preguntas en orden creciente de complejidad.

- Cómo está usted? (o cómo se siente?)
- Le duele algo?
- Durmió bien anoche?

- A qué hora se levantó esta mañana?
- Qué desayunó?
- Cómo llegó aquí esta mañana?
- Qué clase de trabajo desempeña?
- Cuénteme sobre él
- Cuénteme sobre sus últimas vacaciones del año pasado
- Cree usted que la televisión tiene una buena influencia o mala influencia para los niños? Por qué?

Observe los siguientes fenómenos en el paciente afásico:

1.- Vocabulario reducido.

Esto es obvio cuando la reducción es muy gruesa, por ejemplo: - "vacaciones-verano-montañas bonitas". Los pacientes con un vocabulario reducido para los sustantivos, frecuentemente hacen circunlocuciones.- Ellos dan vueltas tratando de esclarecer el significado cuando han inventado sustantivos adecuados. Algunas veces sólo pequeñas palabras son omitidas. En las pérdidas sutiles esperaremos escuchar una respuesta más larga.

2.- Substitución de palabras.

Esto refleja una reducción de vocabulario, aunque esto no se -- presenta probablemente conscientemente. Un afásico medio puede utilizar la palabra camión en vez de coche en una oración en que por lo demás -- es correcta.

3.- Errores gramaticales.

Teniendo en mente el nivel educacional del sujeto anterior a su afasia, un afásico medio puede hacer cosas como el utilizar erróneamente el tiempo de los verbos (es por era, come por comió) utilizar el gé

nero equivocado (él por ella) olvidar el final de alguna palabra (como el "mente" en muchos adverbios, rápido por rápidamente) plurales incorrectos (dos libro en lugar de dos libros).

4.- Errores parafásicos y jerga.

Estos términos han sido descritos anteriormente. Parafasia, --- se refiere a la transposición de sonidos dentro de las palabras, como por ejemplo: hobsital por hospital, la jerga y la parafasia son más -- familiarmente conocidos como "habla doble", aunque una jerga severa no contiene palabras con significado.

Lectura y Escritura

Para medir la habilidad de la lectura, se le pide al paciente - leer una oración en voz alta, de un periódico o revista. El paciente - puede ser capaz de leer todas las palabras, pero incapaz de responder a preguntas sobre el contenido de lo que leyó. Si tuvo éxito, se vuelve a examinar nuevamente en la misma forma. Si se sospecha que el lenguaje está dañado, hágasele preguntas cuyas respuestas sea "sí ó no", - por ejemplo; se habla en este párrafo de un actor de cine?

Si el paciente se queja de que no lee bien, aunque en realidad no sea así, puede pensarse en problemas de atención o de memoria, más que en problemas afásicos. Frecuentemente estos pacientes se quejan de mala visión aunque no existan problemas en este campo.

Para probar la escritura, hay que pedirle al paciente que escriba su nombre. Esto es una respuesta automática, sobre aprendida y la mayoría de estos pacientes conservan esta habilidad. Más tarde se le pide que escriba en forma de lista lo que desayunó. Esto requiere la preservación de la capacidad para producir palabras escritas. En caso de-

que no pudiera realizar lo anteriormente mencionado, se probará por medio del dictado y más fácilmente por medio de la copia.

Desórdenes no-afásicos

Con respecto a los desórdenes no verbales del discurso, pueden utilizarse las mismas preguntas para estimar el lenguaje y la capacidad de comprensión, siendo ésta una información acerca del estado intelectual del paciente, por ejemplo: confusión, desorientación, memoria-pobre, concretividad y juicio pobre. Pero lo que quizás es de mayor importancia, es la posibilidad de confundir una afasia media con un problema intelectual, por lo que siempre que sea posible, es necesario -- que los pacientes con daño cerebral sean sometidos a un examen psicométrico.

Disartria

Como la disartria por definición, se refiere a impedimentos motores que se reflejan en los aspectos acústicos del lenguaje, los síntomas pueden ser "oídos". Escuchando atentamente hablar al paciente, durante una producción extensa, los síntomas serán evidentes, pudiendo evaluar al mismo tiempo el tono de su voz, ritmo, intensidad, velocidad y particularmente su inteligibilidad. Si se le pide hablar más rápido, los síntomas disártricos aparecerán fácilmente, lo mismo sucederá al pedirle que lea en voz alta.

La ejecución de movimientos aislados (sacar la lengua, elevar la punta de ésta, etc.) proporcionan muy poca información porque pueden ser realizados perfectamente, aunque no pueden combinarlos de manera precisa, suave y con transiciones rápidas como se requiere en el-

lenguaje normal. Solamente en casos severos pueden observarse grandes-desórdenes en el movimiento o en la coordinación.

Factores emocionales

Sería criminal concluir una exposición de aspectos del lenguaje y cognitivos producidos por daño cerebral en adultos sin mencionar lo que quizás es lo más importante de manejar en estos pacientes: el "devastado" estado emocional de ellos y de su familia. Debemos reconocer que después de establecido el diagnóstico y de determinado el tipo de tratamiento, habremos de enfrentarnos al hecho de que el paciente sufre generalmente tanto de un daño fisiológico como de una perturbación psíquica profunda. El proceso de recuperación en estos casos es principalmente el ajuste y la acomodación a sus inhabilidades. Este es un -- proceso lento y arduo, en el cual, los principios médicos tradiciona-- les de diagnóstico y tratamiento no funcionan después de la fase crítica.

IV.- "Exámen de Comprensión y Expresión del Lenguaje" por GUADA LUPE ALCOCER GUTIERREZ Y COL, Jefa de Terapeutas del Lenguaje del Servicio de Foniatria del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Este examen se divide en cuatro partes principales:

1.- Comprensión y expresión

A.- Lenguaje Social

a.- Comprensión

b.- Expresión

c.- Patrón expresivo

B.- Comprensión Verbal

- a.- Ordenes
- b.- Juicios
- C.- Comprensión Escrita
 - a.- Ordenes
 - b.- Juicio
- D.- Expresión Verbal
 - a.- Lenguaje automático
 - b.- Lenguaje imitado
 - c.- Lenguaje espontáneo
- E.- Lectura en silencio y en voz alta
 - a.- Palabras
 - b.- Frases
 - c.- Párrafo
- F.- Escritura, por copia, dictado, espontánea.
 - a.- De palabra. Deletreo
 - b.- Frases por sílabas
 - c.- Oración completa
- 2.- Procesos Aritméticos
 - 1.- Identificación, valoración, monedas
 - 2.- Hora
 - 3.- Cálculo
- 3.- Atención
 - a.- Comparación de trazos
 - b.- Comparación de láminas simples
 - c.- Comparación de láminas de secuencia
 - d.- Comparación de colores

e.- Imitación de trazos.

4.- Memoria, visual, táctil, auditiva

a.- Palabras

b.- Oración

c.- Sonido

d.- Melódica

1.- Comprensión y expresión

A.- Lenguaje Social

Escriba exactamente lo que el paciente conteste y grábelo

a.- ¿Cuál es su nombre completo?

b.- ¿Cuándo nació usted?

c.- ¿Qué día es hoy?

d.- ¿En qué trabaja usted?

e.- ¿Quiere usted aliviarse?

f.- ¿Por qué?

Persistencia de Frases, Sílabas o Sonidos

Anote si es que existe algún patrón de expresión

B.- Comprensión Verbal

a.- Ordenes - Dé la orden verbalmente, anote lo ejecutado --

por el paciente.

"Dáme el Soldado"

"Esconda la vaca"

"Eche el lápiz en el vaso"

b.- Juicio

¿Qué se hace con las tijeras?

¿En dónde se pone usted el sombrero?

¿Qué toma usted cuando tiene sed?

C.- Comprensión Escrita

a.- Ordenes

"Péinese con el rosa"

"Tome el vaso"

"Busque la regla"

b.- Juicio

¿Para qué sirve el paraguas?

¿Para qué sirven las agujas?

¿Qué hace usted cuando tiene hambre?

D.- Expresión Verbal

De la orden escrita o verbalmente, anote exactamente lo pronun-
ciado por el paciente.

a.- Lenguaje automático

"Diga usted los días de la semana"

"Diga el abecedario"

"Cuenta del 1 al 10"

b.- Lenguaje imitado

"Yo quiero leche"

"La leche me hace daño"

"Dame leche, mantequilla y pan"

c.- Lenguaje espontáneo

Dé la orden escrita o verbalmente, anote lo realizado por-
el paciente.

¿"Que es esto"?

Mesa (objeto) descripción

Silla (lámina)

LLaves (símbolo gesticulado)

E.- Lectura en silencio

a.- Palabras

Facilite al paciente un lápiz y explíquelo que debe unir -- con una raya la palabra con el dibujo correspondiente.

Ejemplifique usted con una palabra

b.- Párrafo

Lupe fue a Valle de Bravo. En Valle de Bravo hay una laguna, un bosque y un pueblito muy lindo.

Lupe regresó el domingo

Preguntas:

¿Quién fue a Valle de Bravo?

EL DOMINGO

¿Qué hay en Valle de Bravo?

LUPE

¿Cuándo regresó Lupe?

UNA LAGUNA, UN BOSQUE Y-

UN PUEBLITO

Tiempo

C) Lectura en Voz Alta

Dé a leer al paciente el párrafo anterior. Anote usted los errores cometidos:

Nota.- Anotar características de: Voz, Adaptación Fonética, Ritmo y Melodía.

Tipo de Letra

F.- Escritura

Proporcionar al paciente la hoja correspondiente:

1.- Copia.- El paciente copiará la primera oración del párrafo-

anterior.

2.- Dictado:

a.- Palabras Deletreadas

Dicte deletreando, ya sea con el nombre o el fonema:

M-e-s-a, C-a-m-p-o, B-u-r-r-o

b.- Frases por sílabas

La ni-ña-co-me-pas-tel

Los-ár-bo-les-son-ver-des

La-ciu-dad-es-gran-de

c.- Oración completa

La familia Pérez es numerosa

3.- Escritura espontánea

Haga usted la pregunta y deje que el paciente conteste espontáneamente.

¿Quiere usted aliviarse? ¿Por qué?

Notas.- Escritura: anote usted si es copia, dictado o escritura espontánea.

2.- Procesos Aritméticos

1.- Identificación de valores monetarios

Use las láminas correspondientes y monedas de uso común

a.- Oral: 1.15 .20 .60 .10 .05

b.- Escrito: Reconocimiento de moneda

1.00 .50 .20 .10 .05

2.- Hora

Haga la pregunta: ¿Qué hora es?

a) 9.20 13.30 5.00

b.- Colocar en el reloj grande la hora que se le pide:
Decir "ponga en el reloj las horas que le voy a decir"

9.20 13.30 5.00

3.- Cálculo oral y escrito

nueve más tres (respuesta con letra)

$$\begin{array}{r} 11 \\ - 6 \\ \hline \end{array} \quad 8 \times 4 \quad 15 \div 3$$

Cuenta de dos en dos 2 - 4 - 6

Tiempo

3.- La Atención

1.- Comparación de trazos

Dé la orden verbal o escrita:

Ejemplifique "deme una figura igual a ésta"

(anotar los cambios que haya y sus reacciones)

2.- Comparación de láminas simples

Dé la orden verbal o escrita

Señale la lámina que corresponda a "ésta"

Anote si es capaz de asociar al letrero

Saco

Vestido

Reloj

3.- Ordenamiento de láminas de secuencia

Dé las láminas en desorden, orden verbalmente o por escrito

a.- Ordene la historieta

b.- Dígame que cree que está sucediendo

4.- Comparación de colores: Dé la orden verbal o escrita

a.- Señale el color igual a éste.

rojo azul amarillo

b.- Diga el nombre de este color

5.- Imitación de trazos: De la orden verbal o escrita

W M U N D B

a.- Dibuje lo mismo que yo

4.- La Memoria

Acéptese respuestas escritas con mímica o con dibujos.

Anote el tiempo empleado en la línea correspondiente.

1.- Visual

Coloque los objetos frente al examinado. Deje que los observe quince segundos, hágalo cerrar los ojos, quite uno de los objetos y pregunte ¿Cuál falta?

Haga la misma operación con todos los objetos.

Mesa, Regla, Lápiz, Silla, Soldado

2.- Tactil

Haga que el paciente cierre los ojos y colóquele uno a uno los objetos en la mano, pregunta ¿Qué cosa es?

1.00, canica, llave, cuchara, peine

3.- Auditiva

Dé la orden verbal o escrita. Repita lo que voy a decir, Anote la secuencia en que sean pronunciadas las palabras.

a.- Palabras

Lápiz, goma, regla, sopa, perro

b.- Oraciones

Anote si distingue cambios de inflexión de la voz y de

los errores cometidos.

Yo tengo un perro y un oso de juguete

c.- Identificación del sonido. "Diga cual oyó"

campana, castañuela, cascabel

¿Dónde está la moneda?

¡Ay, me lastimé la mano!

4.- Melódica

De la orden verbal o escrita. "Diga qué canción escucha"

Las Mañanitas (reconoce melodía, imita melodía)

(dice letra, dice el nombre)

Himno Nacional

Observaciones sobre memoria melódica

(suma total del tiempo)

La Coordinación muscular

Dé las órdenes ya sea verbalmente, por escrito o con mímica. --

Haga lo que yo. En los incisos b-c-d-f-g, pedir que lo ejecute con las dos manos.

a.- "Camine en línea recta"

b.- "Cierre los ojos y tóquese la punta de la nariz con el dedo"

c.- "Encienda un cerillo"

d.- "Tóquese la oreja con la mano (cruzando)"

e.- "Sople"

f.- "Apriéteme la mano"

g.- "Chasquee sus dedos pulgar y medio"

h.- "Beba del vaso"

i.- "Diga U-I"

j.- "Saque la lengua"

k.- "Guiñe el ojo (alternando)"

Nota.- Anote si hay parálisis, paresia, Espasticidad, Lateralidad an
terior y predominio actual.

ETIOLOGIA DE LAS AFASIAS (68)

Hay que tomar en cuenta que no existe ningún desorden característico del lenguaje basado en la etiología. Cualquiera de las causas que vamos a exponer puede producir cualquier déficit del lenguaje, -- siendo los factores que los distinguen, la localización y la severidad de la lesión.

- I.- Accidentes vasculares del encéfalo
 - 1.- Trombosis cerebral
 - 2.- Embolias cerebrales
 - 3.- Hemorragias cerebrales
 - 4.- Hemorragia sub-aracnoidea
 - 5.- Aneurismas
- II.- Tumores cerebrales
 - 1.- Tumores genuinos
 - 2.- Pseudotumores
- III.- Traumatismos Craneoencefálicos
- IV.- Meningoencefalitis
 - 1.- Agudas
 - 2.- Crónicas
- V.- Procesos degenerativos y de Etiología desconocida
- VI.- Intoxicaciones
 - 1.- Endógenas
 - 2.- Dismetabolismos
 - 3.- Exógenas
 - 4.- Agentes hipotensores
- VII.- Todas las causas de Isquemia cerebral
- VIII.- Procesos infecciosos
 - 1.- Focales
 - 2.- Generalizados
- IX.- Procesos cardiovasculares

(68) Velasco S.M. Castellanos G. "La afasia, problema de invalidéz -- psiconeurológica"

Valdéz Delius F. "Concepto actual de las Afasias".

B.- TECNICAS DIFERENTES DE REHABILITACION

El éxito en la terapia del lenguaje, en los casos de Afasia, so lo será posible después de un examen muy minucioso de cada caso indi dual, ya que las características de los trastornos que presentan estos enfermos difieren enormemente de un individuo a otro. Es indispensable estudiar el problema del sujeto, desde todos los ángulos, antes de ini ciar el tratamiento como se dijo ya anteriormente.

Actualmente, existe un gran número de "Afásicos" que llevan una vida normal y útil; esto ha sido posible a través de la terapia. De no ser por esto, el paciente hubiera estado destinado a permanecer en un mundo silencioso, pero hoy en día se puede comunicar.

La terapia del lenguaje es la única ayuda directa que pueden re cibir, no sólo los pacientes afásicos que recientemente adquirieron es te trastorno del lenguaje, sino también para aquellos que han sido afá sicos por largo tiempo.

Puede decirse que la evolución favorable y espontánea que pueda tener un afásico, habrá ocurrido dentro de los tres meses siguientes a la instalación del cuadro, siempre que dicha lesión no sea progresiva y sin un defecto de audición persistente y severo, lo que nos indica-- ría un pronóstico pobre. Es muy común que entre estos pacientes se en-- cuentren síntomas neurológicos severos y son por el contrario, pocos - los afásicos con lesiones neurológicas mínimas o sin más defecto neuro lógico que su afasia.

Se han aplicado una gran variedad de técnicas para ayudar a --- aminorar las dificultades en la comunicación del paciente afásico, en-- tre los que se incluyen la terapia por drogas, técnicas derivadas de -

la Pedagogía común, la psicoterapia, condicionamiento operante e instrucción programada.

A través de la literatura no se ha registrado ningún estudio experimental para detectar cuál es la efectividad de cada tipo de terapia en el paciente afásico. Sin embargo, en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Centro Médico de New York, el Dr. Howard A. Rusk, en colaboración con Martha Taylor Sarno, recientemente (1968) llevaron a cabo un estudio con sujetos que sufrían de afasia severa debida a traumatismo craneoencefálico y encontraron que la Afasia Expresiva Receptiva Severa no presenta mejoría por medio de la técnica de "terapia del habla". Por lo tanto, es necesario hacer una selección más cuidadosa de los pacientes que realmente se beneficiarían con este tipo de terapia.

GENERALIDADES SOBRE EL ROLL DEL TERAPEUTA DEL LENGUAJE

El papel del Terapeuta del lenguaje puede ser definido como el de crear un medio ambiente en el cual el paciente sea capaz de cambiar su conducta. Esto es posible, teniendo en cuenta principalmente siete aspectos:

- 1.- Creando una atmósfera en la que el paciente se sienta aceptado y seguro en términos de experiencia no verbal.
- 2.- Facilitando la observación de las propias acciones y sentimientos del paciente y de lo que se espera de él durante la terapia.
- 3.- Creando herramientas accesibles al paciente (se descarta material infantil)
- 4.- Dándole la posibilidad de repetir sus experiencias en diferentes situaciones y en variadas relaciones interpersonales, por me--

dio tanto de la terapia individual como la de grupo.

5.- Ayudando a reducir sus barreras, en unión con los puntos anteriores; el paciente desarrollará su disposición para aprender con la convicción de que lo aprendido será más duradero.

6.- El terapeuta no debe mostrarse impaciente, ni exigir una articulación perfecta al iniciarse el tratamiento. Lo importante es "que se dé a entender". La articulación mejorará cuando tenga un vocabulario más extenso y pueda usarlo con soltura.

7.- Reforzarle la conducta apropiada, sin mostrar enojo ante las equivocaciones del paciente.

I.- MANUAL DE TERAPIA Y REHABILITACION DE AFASIA

Elaborado por Martha L. Taylor, Jefe de Terapia del Habla y -- Audición del Instituto de Medicina Física y Rehabilitación del Centro-Médico Bellevue, de la Universidad de Nueva York y Morton M. Marks, -- Director de Investigación Neurológica del mismo Hospital.

El Manual consta de:

- 1.- Un instructivo
- 2.- Tarjetas con dibujo (Apéndice I)
- 3.- Tarjetas con palabras

Esta técnica de rehabilitación de afasia, para ser más efectiva, ha sido simplificada y reducida a una serie de "pasos" que se describen a continuación:

1.- Meta: El paciente debe ser capaz de usar y manejar de 75 a 100 palabras de la lista básica, con sus respectivos dibujos.

Técnica; Consiste en seleccionar dos palabras con sus dibujos correspondientes, mostrándolos al paciente y poniendo las palabras aba

jo del dibujo correspondiente, enseguida se le señala el dibujo, diciendo el nombre del objeto representado. Después se señala la palabra y se dice al mismo tiempo, se deja al paciente que lo observe por un momento y se le retiran de la mesa, se ponen los dibujos en la mesa y se le dan las dos palabras, pidiéndole que ponga las palabras debajo de los dibujos correspondientes.

Si tiene dificultad para comprender la consigna, muéstrele cómo hacerlo y pídale que lo intente nuevamente. Si tiene éxito, seleccione otro par de dibujos y palabras y repita la operación usando cuatro palabras.

2.- Meta: El paciente tendrá que ser capaz de seleccionar el dibujo correcto, cuando la palabra se le dice.

Técnica: Ponga los dibujos en la mesa y pídale al paciente que le muestre el dibujo del zapato, diciendo por ejemplo: ¿Dónde está el zapato? se repite esta operación con el otro dibujo y más tarde seleccionando dos dibujos de un grupo.

3.- Meta: El paciente tiene que lograr copiar de 75 a 100 palabras de la lista básica.

Técnica: Seleccione dos dibujos y sus palabras correspondientes, póngalos sobre la mesa y dígame al paciente, mientras señala el dibujo, la palabra que le corresponde. Repita la frase. Ahora pídale al paciente que escriba la palabra del dibujo, mientras se la señala.

4.- Meta: El paciente debe de escribir sin copiar de 75 a 100 palabras de la lista básica.

Técnica: Muéstrele al paciente el dibujo y la palabra y pídale que la observe por un momento, después señale el dibujo mientras le -

dice "Esto es _____", enseguida señale la palabra y diga "Esta es - la palabra" " _____", se voltean las tarjetas y se pide al paciente que escriba la palabra del objeto estudiado. Si tiene dificultad en es te paso, se regresa al tercero.

5.- Meta: El paciente debe escribir de 75 a 100 palabras de la lista básica sin ver ni el dibujo ni la palabra antes de escribirla.

Técnica: El terapeuta indicará lenta y simplemente al paciente - la consigna, después le dirá la palabra repitiéndola varias veces -- antes de pedirle que la escriba. Si tiene dificultad en este paso, se regresará al 3o. y 4o. paso.

6.- Meta: El paciente debe ser capaz de decir las palabras di-- chas por el terapeuta, después de observar las tarjetas con las pala-- bras.

Técnica: Muéstrela al paciente la tarjeta y dígale la palabra - de dicha tarjeta, pídale al paciente que repita la palabra después de usted. En este paso no es necesaria la articulación correcta de las pa labras. Deben ser más de 75 palabras repetidas por el paciente.

7.- Meta: La meta de este paso es que el paciente sea capaz de leer en voz alta de 75 a 100 palabras de la lista básica.

Técnica: Muéstrela al paciente la tarjeta y pídale que diga la palabra. Agregue más tarjetas al grupo mientras el paciente pueda se-- guirlas leyendo. Si es difícil este paso, para el paciente, regrese al 5o. paso.

8.- Meta: El paciente debe ser capaz de repetir la palabra que corresponde al dibujo, después de que el terapeuta la pronuncia.

Técnica: Muéstrela al paciente el dibujo de la palabra y dígale

"Esto es _____" repitiendo la palabra. Pídale al paciente que diga - la palabra mientras ve el dibujo. Haga esto con 75 o 100 palabras con sus respectivos dibujos

9.- Meta: El paciente debe ser capaz de decir la palabra que -- corresponda al dibujo, cuando el dibujo se le muestra, sin la ayuda de la tarjeta con la palabra, y sin la ayuda del terapeuta.

Técnica: Muéstrela al paciente el dibujo y pregunte ¿Que es? si no es capaz de decir las palabras viendo el dibujo, es necesario que - practique la palabra por medio de escritura por copia y dictado.

10.- Meta: La meta final de estos pasos es que el paciente sea- capaz de usar cualquiera de las 100 palabras de la lista básica en la vida diaria, sin la ayuda del dibujo o de la tarjeta con la palabra o- del terapeuta.

II.- METODO PARA LA REHABILITACION DE AFASICOS

Por Guadalupe Alcocer G., Jefe de Terapeutas del Lenguaje de -- la Unidad de Foniatria del ISSSTE.

Este método fue formulado por la autora en base a la experien-- cia y observación clínica de varios años en el Centro Hospitalario 20- de Noviembre del ISSSTE y habiendo pasado por múltiples y diversas mo- dificaciones, se trató de adaptar lo mejor posible a la situación cul- tural, social, económica y lingüística del pueblo mexicano.

Hemos incluido este método dentro del presente trabajo, debido- a los resultados significativamente valiosos, obtenidos por nuestra ex- periencia personal, con esta técnica.

Desde nuestro punto de vista, la rehabilitación de estos pacien- tes incluye no solamente la terapia del lenguaje, sino que en términos

generales es necesario seguir un procedimiento que nos lleve a los siguientes objetivos:

1.- Lograr la reincorporación del paciente a la sociedad como un miembro activo y productivo de ésta.

2.- Intentar crearle un medio ambiente adecuado, para obtener un nuevo lenguaje expresivo elemental que cubra sus necesidades y que esté de acuerdo a sus posibilidades de recuperación.

El procedimiento para obtener las metas anteriormente expuestas es el siguiente:

1.- Hacer un examen minucioso de:

a.- De la historia clínica y del expediente hospitalario en general.

b.- De sus capacidades intelectuales y de su estado emocional, por medio del examen psicológico.

2.- Lograr un ambiente familiar agradable, por medio de entrevistas periódicas y pláticas de orientación a los parientes y amigos cercanos al paciente.

3.- Anotar los resultados de los diferentes exámenes llevados a cabo en el paciente y dar las interconsultas necesarias a los servicios de: Neurología, Psiquiatría, Psicología, Cardiología, Oftalmología, Odontología, Audiología, Fisiatría, etc.

4.- Elaborar un plan de trabajo individual, tomando en cuenta:

a.- Los resultados de los exámenes practicados

b.- El medio ambiente familiar

c.- Nivel cultural y educacional

d.- Aficiones del paciente anteriores al accidente

5.- Llevar a cabo el plan de trabajo:

- a.- Metódicamente (con reservas)
- b.- Con puntualidad
- c.- Exigiendo cooperación familiar
- d.- Con material adecuado y llamativo
- e.- Con mucha paciencia

6.- Hacer una evaluación mensual o bimestral, con los siguientes fines:

- a.- Proseguir con el mismo plan de trabajo
- b.- Corregir, aumentar o disminuir los puntos a seguir
- c.- Modificarlo totalmente

7.- Reportar los resultados:

- a.- En sesiones clínicas
- b.- Con reportes mensuales dentro del expediente

PLANES DE TRABAJO "TIPO" PARA LA REHABILITACION DE:

Afasia y/o Disfasia de
predominio motor

Afasia y/o Disfasia de
predominio sensorial

- | | |
|--|--|
| 1.- Ejercicios de respiración | Según las deficiencias encontradas- |
| 2.- Ejercicios de coordinación Pneu-
mofónica y de voz (si es neces-
ario utilizar electro pulmón) | en examen de Com. y exp. de lengua-
je, se tomarán los puntos neces-
arios del plan de trabajo para afási- |
| 3.- Ejercicios de relajación muscu-
lar | cos de predominio motor, agregando-
los siguientes: |
| 4.- Ejercicios orofaciales | |

- 5.- Ejercicios de coordinación muscular fina
 - 6.- Ejercicios de articulación
 - a.- Adquisición del fonema
 - b.- Ejercicios de balbuceo rítmico
 - 7.- Ejercicios de lectura (oral y de comprensión) de:
 - a.- palabras
 - b.- frases
 - c.- lenguaje conectado
 - d.- descripciones
 - e.- composiciones
 - 8.- Ejercicios de escritura
 - a.- preparatorios
 - b.- con guía
 - c.- en copia
 - d.- al dictado
 - e.- en descripciones,
 - f.- en composiciones, bajo clave Fitz, si es necesario
 - 9.- Trabajos manuales con tendencias creadoras
 - 10.- Ejercicios de lenguaje conectado por método Audio visual
 - 11.- Ejercicios de lenguaje espontáneo
- 1.- Ejercicios de atención
 - 2.- Ejercicios de memoria visual, auditiva, etc.
 - 3.- Ejercicios de juicio
 - 4.- Ejercicios de tiempo de reacción
 - 5.- Ejercicios de articulación
 - 6.- Ejercicios de lectura, método ISSSTE (si es necesario - usar clave Fitzgerald)
 - 7.- Ejercicios de escritura

por medio de descripciones de láminas de secuencia y/o de sucesos de la vida diaria, experiencias personales, anécdotas, etc.

- 12.- Terapia musical (vocalizaciones, con adaptación pneumofónica, canciones, etc.)

Ejercicios "TIPO" a usar en la rehabilitación del afásico adulto (apendice II)

a.- Atención.- comparación y reconocimiento de formas, tamaños y colores a través:

1.- Etapa concreta: objeto a objeto

2.- Etapa semi-concreta:

objeto a lámina

lámina a objeto

3.- Semi abstracta: lámina a símbolo

4.- Abstracta: símbolo a símbolo

b.- Memoria; siguiendo las mismas etapas, pero memorizando

c.- Juicio: etapa semi-concreta, usando:

a.- Absurdos

b.- Semejanzas y diferencias

c.- Ausencias y presencias en láminas, aisladas o combinadas

d.- Ejercicios de blancos:

combinando atención, memoria, juicio y posteriormente

con lectura, escritura y composición (preparados por el especialista)

e.- Ejercicios de sintaxis

1.- Bajo clave Fitzgerald

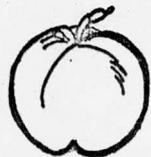
2.- Frases revueltas

3.- Dominos de palabras

4.- Frases, oraciones, párrafos con palabras extras sin sen

tido.

A P E N D I C E I



manzana

1



cenicero

2



Bebe

3



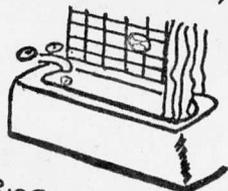
Platano

4



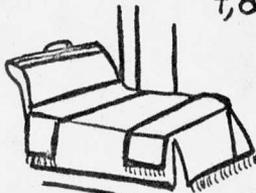
Baño

6



tina

5,6



cama

7,8



recamara

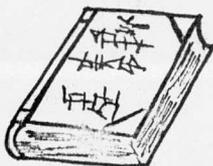
8

9



cinturón

10



libro

11



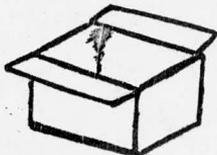
niño

12,50



botella

13



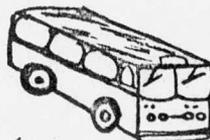
daja

14



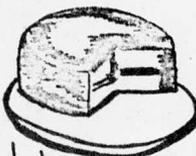
Pan

15

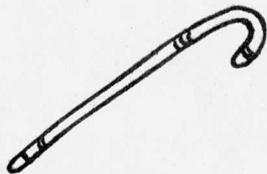


Autión

16



Pastel



baston

17



auto

18



Gato

19



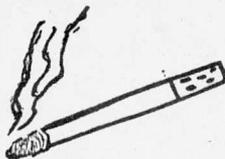
Silla

20,48



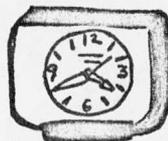
iglesia

21



cigarro

22



reloj

23



closet

24



saco

25



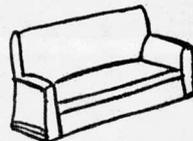
café

28



Peine

26



sillón

27,48



taza

28,29



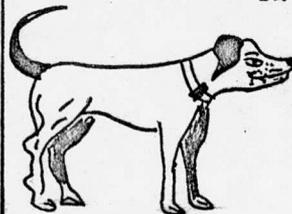
plato

30,65

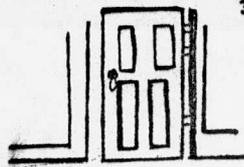


doctor

31



32



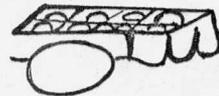
33,42

Puerta



34

vestido



36

huevo



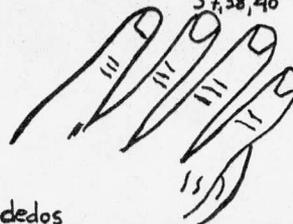
35

cara



37

hombre



37,38,40

dedos



41

niño



31,39

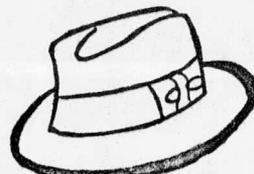


lentes



37,38,40

mano



41

Sombrero



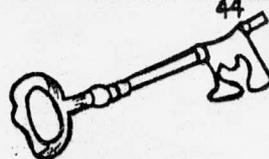
42

casa



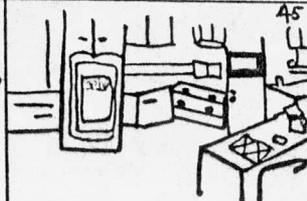
43

Jugo



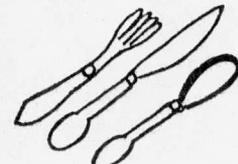
44

llave



45

cocina



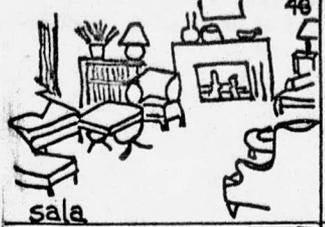
30,46

cuchillo



47,48

lampara



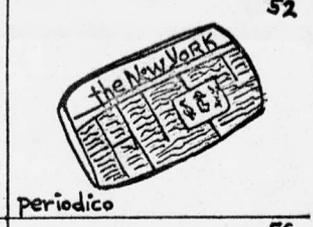
sala



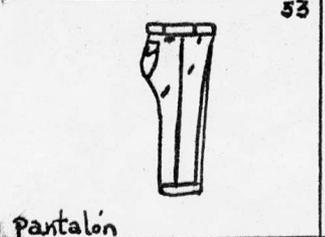
cerillos



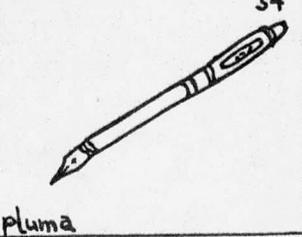
dinero



periodico



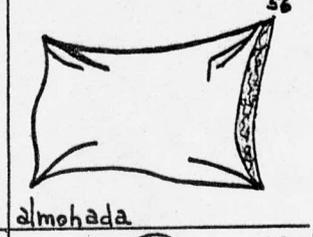
pantalón



pluma



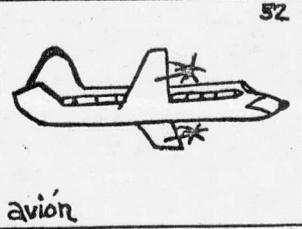
lapiz



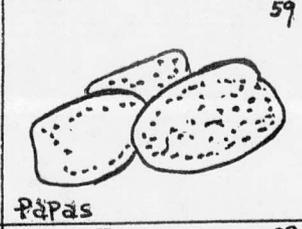
almohada



pastillas



avión



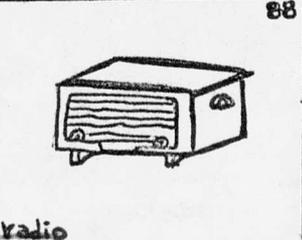
papas



balsa



pijama



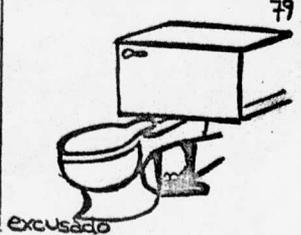
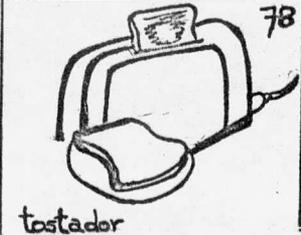
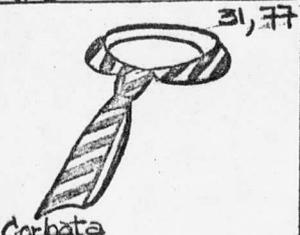
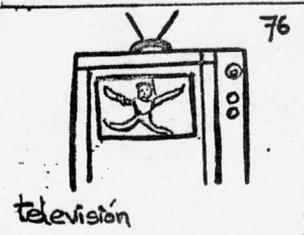
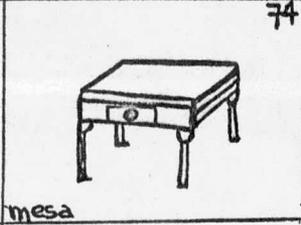
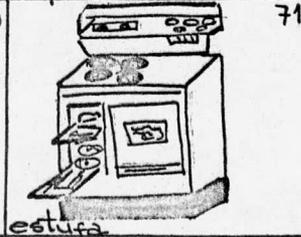
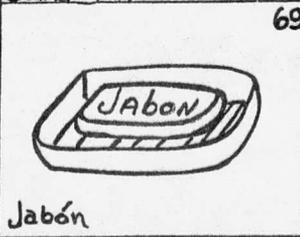
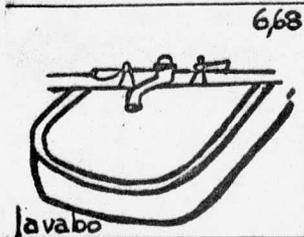
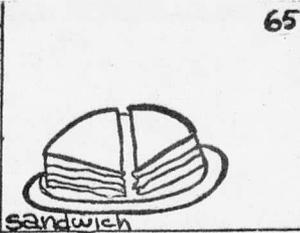
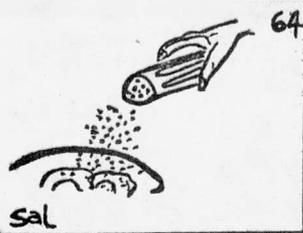
radio

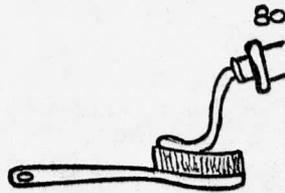


lluvia

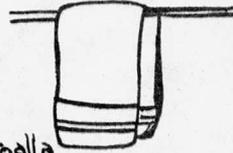


refrigerador

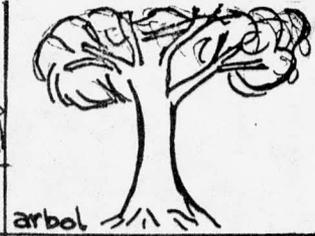
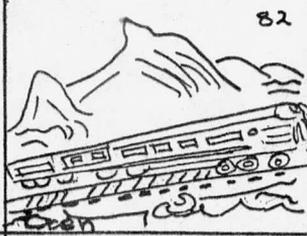




cepillo de dientes



toalla



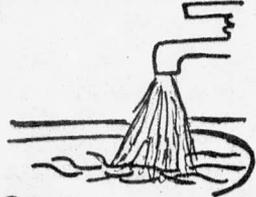
arbol



ropa interior



reloj



agua



ventana

VOCABULARIO BASICO DE SUSTANTIVOS

(Apéndice II)

USO COMUN	HOMBRE	MUJER
1.- bacinica o nica	1.- calcetín	1.- aguja
2.- bastón	2.- calzoncillo	2.- blumer
3.- bufanda	3.- camisa	3.- blusa
4.- buró	4.- cartera	4.- brasier
5.- cama	5.- corbata	5.- camión
6.- cepillo	6.- chaleco	6.- canasta
7.- cerillos	7.- mancuernas	7.- cubeta
8.- cigarros	8.- pantalón	8.- chal
9.- cómoda	9.- pipa	9.- delantal
10.- cómodo	10.- saco	10.- escoba
11.- crema	11.- tirantes	11.- falda
12.- cuaderno	12.- traje	12.- fondo
13.- dinero	13.- camiseta	13.- hilo
14.- espejo	14.- sombrero	14.- medias
15.- goma	15.- cinturón	15.- pantaletas
16.- jabón	16.- pantuflas	16.- tejido
17.- lápiz	17.- zapatos	17.- vestido
18.- lámpara	18.- guantes	18.- bolsa
19.- lentes	19.- pijama	19.- alfiler
20.- libro	20.- camiseta	20.- saco
21.- llavero		21.- abrigo
22.- medicina		22.- sueter
23.- mesa		23.- pañuelo
24.- regla		24.- bata
25.- papel		
26.- paraguas		
27.- pasta		
28.- peine		
29.- periódico		
30.- pluma		
31.- reloj		
32.- revista		
33.- silla		
34.- sillón		
35.- tele		
36.- tijeras		
37.- tinta		
38.- toalla		
39.- servilleta		

COMIDAS

- 1.- agua
- 2.- avena
- 3.- azúcar
- 4.- café
- 5.- carne
- 6.- dulce
- 7.- flan
- 8.- frijoles
- 9.- huevos
- 10.- gelatina
- 11.- jugo
- 12.- leche
- 13.- mantequilla
- 14.- manzana
- 15.- mermelada
- 16.- naranja
- 17.- pan
- 18.- papaya
- 19.- plátano
- 20.- pollo
- 21.- refresco o coca
- 22.- sal
- 23.- sopa
- 24.- verdura

PARTES DEL CUERPO

- 1.- boca
- 2.- brazo
- 3.- cabeza
- 4.- cadera
- 5.- cintura
- 6.- cuello
- 7.- dedos
- 8.- dientes
- 9.- estómago
- 10.- espalda
- 11.- garganta
- 12.- hombro
- 13.- lengua
- 14.- mano
- 15.- nariz
- 16.- ojo
- 17.- oído
- 18.- pelo
- 19.- pecho
- 20.- pie
- 21.- piernas
- 22.- rodilla
- 23.- uñas

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

La importancia del haber incluido la revisión de las diversas clasificaciones en el estudio de la afasia, tiene por un lado un valor puramente pragmático, y por el otro el permitirnos llegar a la conclusión de que la interpretación lingüística propuesta por Jakobson - de los cuadros clínicos de A.R. Luria, es la que puede detectar las deficiencias lingüísticas más acertadas y por medio de éstas la localización de las lesiones cerebrales; pudiendo iniciar así, el proceso rehabilitatorio con bases más firmes para cada paciente en particular.

El lenguaje tiene siempre un léxico y una gramática. El léxico está altamente organizado e incluye (pronombres - medios para manejar tiempo y espacio y número, etc) los conceptos básicos necesarios para la lógica proposicional. La gramática tiene dos niveles de estructura: la fonológica y la sintáctica. El aspecto fonológico contiene - vocales y consonantes y la sintaxis, es el grupo de reglas para el agrupamiento secuencial de elementos, en frases y oraciones. Por lo tanto, la pérdida del lenguaje en la afasia, es la incapacidad o pérdida del poder de hacer proposiciones.

Todo el sistema nervioso central participa directa o indirectamente en la integración del lenguaje y de acuerdo con Hecaen, al hablar de la localización cerebral de éste, es más importante nombrar - la existencia en la corteza cerebral de "zonas funcionales" responsables de la emisión y recepción o interpretación de los símbolos verbales, que tratar de localizar en forma rígida "centros corticales" sin ninguna o muy poca plasticidad funcional.

El paciente afásico no es solamente un sujeto que tiene trastornos del lenguaje, sino un sujeto que como se dijo anteriormente, "modificado en su totalidad". A través de este trabajo, hemos tratado de aclarar en una forma general este problema, por lo que la afasia no es un trastorno que corresponda exclusivamente al dominio de la neurología o de la patología del habla, sino que atañe igualmente a otras disciplinas tales como la psicología y la lingüística. De aquí se deriva la importancia de crear la especialidad de "patología del habla" a nivel -- universitario, específicamente dentro de la psicología.

Del punto de vista anterior, podemos decir, que es de suma importancia para la rehabilitación del afásico, la creación de un equipo especializado, integrado por profesionales como médicos, psicólogos, - terapeutas del lenguaje, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.- Enfatizamos además, el hecho de que dentro del tratamiento multidisciplinario es indispensable la colaboración constante y metódica de un "lingüista", por la importancia que esto implica, tanto en la detección de los impedimentos, como en la elaboración y aplicación de un método reeducativo. Mientras que el psicólogo especializado principalmente, dirigirá y evaluará en coordinación con todo el "equipo", no sólo los cambios, reestructuraciones y progresos del paciente, sino que podría realizar un sinnúmero de investigaciones, tanto en el aspecto fisiopatológico, como en el de valoración objetiva de técnicas y procesos de rehabilitación, que hasta la fecha consideramos, no se han efectuado en nuestro país.

Todas las escuelas y concepciones psicológicas, pasan por alto el hecho fundamental de que cada pensamiento es una generalización y -

estudian la palabra y el significado sin referirse a su proceso evolutivo. Desde este punto de vista, puede decirse que el desarrollo del lenguaje en la infancia, es una integración incrementada y que la patología es una desintegración, bajo el supuesto de que ésta siga los mismos derroteros (excepto que a la inversa) de la organización del lenguaje incrementado en la infancia. Por lo que así, como todas las disciplinas de la medicina han pasado por la etapa en la cual se ensayaba el inferir el funcionamiento normal del organismo a través de la patología y que, posteriormente el conocimiento de lo normal y lo patológico se esclarecen respectivamente, la afasia nos permite ver este proceso lingüístico como si se realizara a través de una cámara lenta.

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

- 1.- Agranowits A. "Aphasia Handbook, 2a. Ed. Springfield, Illinois. -- Ed. Charles C. Thomas Publisher, 1966. Págs. 17 a 46.
- 2.- Alajouanine T.H. "L'Aphasie et Le Langage Pathologique", J.B. Bailliere et Fils.- Editeurs, 1968.
- 3.- Balken E. R. y otros. "Psicología Semántica y Patología del Lenguaje.- Trad. Thomas J.J.- Buenos Aires, Ed. Paidós, 1966.- Págs. 182 a 200.
- 4.- Bernaldo de Quiroz J. "La Dislexia en la niñez". Buenos Aires, Ed. Paidós, 1965.- Págs. 30 a 35.
- 5.- Berruecos M. P. "Afasia y otros problemas del lenguaje". Ed. Acta-Audiológica y foniátrica hispanoamericana.- Vol. V, No. 1.- 1963.- Págs. 17 a 26.
- 6.- Berruecos M.P. "Afasia Sensorial y Ceguera en la Infancia". Ed. Acta Audiológica y Foniátrica hispanoamericana. Vol. I No. 3. Págs.- 237 a 258.
- 7.- Brain R. W. "Speech Disorders". Washington. Ed. Butterworths. 1961.
- 8.- Bram J. "Lenguaje y Sociedad". Trad. Steenks G., la.Ed. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1961.
- 9.- Bulletin de Psychologie. "Aspects Du Langage", Janvier 1966 No. -- 247, XIX-8-12.
- 10.- Caten Ch. E. "Philosophy and Ordinary Language". University of - - Illinois Press. 1963.
- 11.- Cassirer E. "El Lenguaje y la Construcción del mundo de los objetos". Psicología del Lenguaje. Delacroix H. y otros. Trad. Butelman I. G. de la 2a. Ed. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1960.
- 12.- Cerdá E. "Una Psicología de Hoy". Barcelona, Ed. Herder, 1965.
- 13.- Ciba Foundation Symposium. "Disorders of Language", 1964. Págs. 21 a 38.
- 14.- Chusid J.E. y McDonald J. S. "Neuroanatomía correlativa y Neurología funcional", 13a Ed. Trad. Anguiano L.G.- Ed. El Manual Moderno, S.A. 1968.
- 15.- Evans C.R. "Brain Physiology and Psychology". A.D.J. Robertsen. -- University of California Press. 1966.

- 16.- K. Goldstein. "Trastornos del Lenguaje". Trad. Sierra Ruíz. E. - Barcelona, Ed. Científico-médica, 1950.
- 17.- K. Goldstein. "El análisis de la afasia y el estudio de la esencia del lenguaje". Psicología del Lenguaje. Delacroix H. y otros. Trad. Ostrev. L., 2a. Ed. Buenos Aires.- Ed. Paidós, 1960.
- 18.- Gorski. "Pensamiento y Lenguaje". Academia de Ciencias de la - - URSS. Inst. de Filosofía. Ed. Grijalbo, S.A. México, D.F. 1966.
- 19.- Guiraud P. "La Semántica". Trad. Hasler. J. 2a. Ed. México, Ed.- F.C.E. 1965.
- 20.- Head H. "Aphasia and Kindred Disorders of Speech". Hafner Publishing Co. New York and London, 1963.- Págs. 13 a 134.
- 21.- H. Hecaen, J. Dubois R. Angelergues. "Approche linguistique des-Aphasies", Bulletin de Psychologie. Janvier 1966.- Págs. 723 a - 732.
- 22.- Hernández Peniche J. "Esquema de Pruebas para Afasia, apraxia y-agnosia".
- 23.- Hildum D.C. "Language and Thought". D. Van Nostrand Company, Inc. 1967. Págs. 51.
- 24.- Hilgard.E.R. "Introducción a la Psicología". Ediciones Morata, - S.A. 1969.
- 25.- Hirsch K. de, "Differential Diagnosis Between Aphasic and Schizo-phrenic Language in Children". Journal of Speech and Hearing Disorders. Feb. 1967. Vol. 32, No. 1.
- 26.- Holloway G.E.T. "Concepción del espacio en el niño según Piaget". Ed. Paidós, 1969.
- 27.- Kaplan H.M. "Anatomy and Physiology of Speech". Mc. Graw Hill Book Company, Ing. 1960, Págs. 1,3,13,21,22,23, y 28.
- 28.- Keenan J.S. "A Method for Eliciting Naming Behavior from a phasic Patients". Journal of Speech and Hearing disorders. August 1966, Vol. 31 No. 3 Págs. 26.
- 29.- Lhermitte J. "Los Mecanismos del Cerebro". Ed. Lozada, S.A. Buenos Aires, 1962.- Págs. 112,116,118,121,129,132.
- 30.- Lore J.I. "The Evaluation of the Aphasic Adult". Psychological Examination. Reprint from Helen G. Burr, Editor, 1964, Págs. 95 a - 102.

- 31.- Malmerg B. "Los Nuevos Caminos de la Lingüística". Ed. Siglo XXI, 1967.
- 32.- Mattese Camara Jr. J. "Principios de Lingüística Geral". Livraria-Academica, Rio de Janeiro, 1954.
- 33.- Mc. Ginnis M. "Niños Afásicos". Acta Audiológica y Foniátrica Hispanoamericana, Vol. 1. No. 2.- Mayo-agosto 1959, Págs. 39 y 68.
- 34.- Mc. Kenzie B. "Dysphasia". Foundations of Speech Pathology Series, 1968. Prentice-Hall Inc.
- 35.- Miller G.A. "Language and Communication". New York. Ed. McGraw -- Hill Book. Co. Ing. 1963.
- 36.- Miller G.A. "Psicología de la Comunicación". Buenos Aires Ed. Paidós 1969. Págs. 49, 63, 67, 69, y 71.
- 37.- Montenegro de V.C. "Estudio sobre la clasificación y nomenclatura de los trastornos afásicos". Terapia Rehabilitatoria. Acta Audiológica y Foniátrica Hispanoamericana. Vol. V. No. 1., enero-abril - 1963.- Págs. 143 a 157.
- 38.- Morgan C.T. "Introduction to Psychology". Ed. McGraw Hill, 1961.
- 39.- Myklebust H.R. "Aphasia in Children": Language development and -- language pathology. Handbook of speech pathology. Travis L.E. New York. Ed. Appleton Century-Century-Crafts Inc. 1957.
- 40.- Myklebust H.R. "The Psychology of Deafness". Ed. Grune and Stratton Inc. 1960.
- 41.- Nieto H.M. "Anomalías del lenguaje y su corrección". Librería de medicina México, D.F. 1967. Págs. 192 a 200.
- 42.- Ogden C.K. y Richards I. A. "El significado del significado". Trad. Prieto Ed. Buenos Aires. Ed. Paidós 1954.
- 43.- Osgood Ch. and Miron M.S. "Approaches to the Study of Aphasia". - University of Illinois Press. Urbana. 1963. Págs. 89, 92, 12 y 17.
- 44.- Peinado A. J. "Pedagogía de los trastornos del lenguaje". México. Ed. Orión. 1945.
- 45.- Peinado A. J. "Trastornos del lenguaje". Caracas. Universidad Central de Venezuela, 1961.
- 46.- Penguin Books. "Language". Ed. Oldfield R.C. and Marshall J.C. -- 1968.

- 47.- Piaget J. "Le langage et les opérations Intellectuelles". "Problemes de Psycho-Linguistique". Symposium de l'association de psychologie scientifique de langue francaise. Presses universitaires de France. Paris 1963. Págs. 51 a 61.
- 48.- Piaget J. "Psicología de la Inteligencia". Buenos Aires. Ed. Psique, 1969. Págs. 13 a 16.
- 49.- Proceedings of the third conference, Nov. 1963. Speech, Language - and Communication. "Brain Function". Ed. Carterette E. C. University of California Press. Berkeley and Los Angeles. 1966. Págs. 1 a 16.
- 50.- Ramírez A.R. y Martínez O. "El desarrollo del lenguaje en el niño". Tesis profesional. 1968.
- 51.- Richards J.F. "Le role mediateur du langage". Bulletin de Psychologie. Paris - 247 (19). Enero 1966.
- 52.- Sapir E. "El lenguaje". Trad. Alatorre M. y A. 3a. Ed. México. Ed. F.C.E. 1966.
- 53.- Saussure F. de. "Curso de Lingüística General". Ed. Lozada, S.A.- 1945.
- 54.- Schmidt Camelo E.A. "El parapléjico, su psicología y su rehabilitación". Tesis profesional, México. 1963. Págs. 58 a 60.
- 55.- Schuell H. "Differential Diagnosis of Aphasia with the Minnesota-Test". University of Minnesota Press, 1965.
- 56.- Skinner B.F. "A Functional Analysis of Verbal Behavior". Language and Learning: How do we acquire language. From Verbal Behavior B. F. Skinner copyright 1957.
- 57.- Skinner B.F. "Verbal Behavior". Appleton-Century-Crofts. Meredith Corporation, 1957.
- 58.- Swadesh M. "El lenguaje y la vida humana", Ed. F.C.E. México, 1966.
- 59.- Tissot R. "Neuropsychopathologie de L'Aphasie". Masson et Cie, -- Editeurs a Paris. Págs. 3 a 12 y de 17 a 69.
- 60.- Travis L.E. y otros "Handbook of Speech Pathology". Ed. New York. Appleton-Century-Crofts Inc. 1957. Págs. 436 a 445 y de 1050 a -- 1060.
- 61.- Valdez Delius F. "Concepto actual de las Afasias". Memoria de la XVI Asamblea de Cirujanos. Sección de rehabilitación, 1964. Págs. de 24 a 26, de 30 a 37 y de 41 a 47.

- 62.- Vygotsky L.S. "Pensamiento y Lenguaje". Trad. Rotger M.M. Ia. Ed. Buenos Aires, Ed. Lautaro. 1964. Págs. 48 a 67 y 133 a 165.
- 63.- Wayner S. y Werner H. y otros "El percepto del cuerpo". Buenos - Aires, Ed. Paidós, 1969. Págs. 56, 60 y 90.
- 64.- Woodworth R. S. y Schiosberg H. "Psicología Experimental". Ed. - Eudeba, 1964.
- 65.- Zipf G.K. "The psycho-biology of language: an introduction to -- dynamic Philology", 2a.Ed. Cambridge. Ed. M.I.T. Press. Massachus -- etts.
- 66.- Velasco S.M. Castellanos G. "La afasia, problema de invalidez -- psiconeurológica". Hospital de Neurología, México, D.F. Págs. -- 260 a 263.