

Trastornos del habla: la afasia

MARIANO REYES TEJEDOR
UNIVERSIDAD DE SEVILLA

El concepto de afasia en algunos autores presenta una concepción amplia. Puede incluirse en ella toda dificultad que un individuo presente en la función simbólica como resultado de una lesión cerebral. El lenguaje como medio principal de la expresión simbólica puede verse afectado. Pero, según estos autores, pueden estar dañadas otras aptitudes que implican símbolos como entender señales de tráfico, interpretar gestos, etc. Además, en notables ocasiones la personalidad del paciente se ve influenciada. En este sentido es difícil entender la afasia como un trastorno netamente lingüístico (Crystal, 1993). Frente a esta concepción se han propuesto definiciones más específicas. Por ejemplo, Niscoli et al. (1978) definen la afasia como “un trastorno de la comunicación provocado por una lesión cerebral y caracterizado por un deterioro completo o parcial de la comprensión, formulación y empleo del lenguaje”. La afasia excluye por tanto “trastornos asociados a déficits sensoriales primarios, retraso mental o desordenes psiquiátricos”. En esta línea de razonamiento la afasia debe considerarse como un tipo de patología lingüística central de la conducta verbal. Afectaría a la actividad lingüística, dejando relativamente intacta otro tipo de habilidades (cf. Hernández Sacristán 1996).

Sin embargo, no olvidemos que la afasia afecta a la personalidad del paciente limitando, en gran medida, su vida normal. El individuo que sufre una anomalía de este tipo provoca situaciones traumáticas para él y su entorno familiar. Para muchos autores esto es un aspecto que hay que tener en cuenta. En esta línea, se ha mantenido que tanto factores como el nivel de conciencia y el estado emocional influyen decisivamente sobre el lenguaje verbal. Se propone por ello que estos factores sean incluidos en el funcionamiento psicolingüístico.

No obstante, nos centraremos en la afasia en tanto en cuanto afecta a la conducta normal del funcionamiento lingüístico. Debemos, sin embargo, tener en cuenta un aspecto fundamental: la afasia es el resultado patológico de una lesión en el cerebro, normalmente en el hemisferio izquierdo, en la corteza asociativa perisilviana. Una cuestión diferente es la localización concreta de los subcomponentes del sistema de procesamiento. Además, se trata de una

patología regresiva, esto es, la persona que sufre de afasia mantenía intacta sus facultades lingüísticas antes de haber sufrido la lesión. Así pues, es necesario distinguir el concepto de afasia propiciada por una lesión cerebral de aquellas anomalías lingüísticas derivadas de trastornos psiquiátricos (psicosis depresiva, esquizofrenias, etc...). Conviene delimitar el fenómeno de la afasia aún más. Habitualmente se ha venido confundiendo el retraso del niño con el concepto de afasia. Se dice entonces que el niño sufre una *afasia de desarrollo*. Sin embargo, según el concepto de afasia, no es lógico aplicar esta denominación a individuos que aún no han adquirido competencia lingüística. Además se ha significado que un retraso en la adquisición de la competencia lingüística presenta problemas psicológicos, sociales y de adaptación. El tratamiento a seguir en este déficit es diferente al propuesto para las afasias ya que no se trata de un daño neurológico.

2. EL MODELO CONEXIONISTA

En 1861, Paul Broca, importante neurólogo francés, presenta los resultados de una autopsia practicada a un paciente que en vida presentaba severos problemas de comunicación a raíz de un infarto cerebral: su capacidad articulatoria de sonidos estaba seriamente mermada, sin embargo, aparentemente mantenía intacta la comprensión. El paciente presentaba una lesión adquirida en la tercera circunvalación frontal del hemisferio izquierdo del cerebro. Se concluye que la facultad articulatoria del lenguaje reside en esta área (*Área de Broca*).

Años después, Carl Wernicke presenta una serie de casos en los que la fluidez del lenguaje, aparentemente, no parecía afectada, si bien los pacientes presentaban serias alteraciones en la decodificación del mensaje. En las autopsias se apreciaba una lesión en la primera circunvalación temporal del hemisferio izquierdo. Por su proximidad a las terminaciones centrales auditivas se creía que dicha área era la responsable del almacenamiento memorístico de las palabras, esto es, de los patrones fónicos.

Por primera vez se infiere el concepto de *flujo de información* entre centros. (Centro del Área de Broca y Centro del Área de Wernicke). Al tiempo, la noción de centro se desvelará fundamental en este modelo. El centro se definirá como una facultad psicolingüística, asociada con un tipo básico de almacenamiento de elementos lingüísticos (cf. Caplan (1987)) i.e, en el *Área de Broca* se almacenan los patrones articulatorios mientras que en el *Área de Wernicke* se almacenan los patrones fónicos. En esta teoría, cada centro estará detalladamente localizado de forma idéntica en todos los seres humanos. Años después, Lichtheim (1885) añade lo que él denominará *centro concep-*

tual. Lichtheim elabora y presenta lo que será el modelo clásico de la Teoría Conexionista. Se parte de la idea de que los subcomponentes del sistema, cuya finalidad es el procesamiento del lenguaje, están localizados de forma precisa en la *corteza perisilviana*. Sorprendentemente el modelo conexionista se olvidará a lo largo del siglo XX hasta que Geshwind (1964) retomara el método en la década de los sesenta. Sus conclusiones distan poco de los modelos anteriores. Redunda en la existencia de un centro conceptual en la circunvalación angular y supra marginal (lóbulo parietal inferior). En esta área confluyen fibras proyectadas desde las cortezas de asociación auditiva, somatestésica y visual. Deduce, por tanto, que en esta zona se producen las asociaciones entre las propiedades sensoriales y el sonido de elementos lingüísticos.

3. SÍNDROMES

La aparición de trastornos del habla como consecuencia de una lesión cerebral ha sido esgrimida por un gran número de científicos como una prueba de la existencia de *centros* y de *vías*. *La afasia de Broca* será consecuencia de una lesión en el Área de Broca, la comprensión permanecerá aparentemente intacta, no así el lenguaje articulado. En la *afasia de Wernicke* la comprensión se verá afectada, pero el habla fluida no. Si la vía que une ambas áreas resultase afectada se producirá una *afasia de conducción*. El paciente no presentará alteraciones significativas en la comprensión pero sí en la producción; se advertirá también llamativa incapacidad para la repetición. *La afasia motora transcortical* es el resultado de una lesión en la vía que une el centro conceptual y el Área de Broca. Lo más característico es un habla lenta y entrecortada con numeroso agramatismos. *La afasia sensorial transcortical* presenta un trastorno en la comprensión, la producción aparentemente es normal. Finalmente si la lesión se produce en la vía de salida del área de Broca se producirá una *disartria*. Si la lesión se produce en la vía de entrada del área de Wernicke se producirá una *agnosia verbal* o *sordera verbal*. Sin embargo, es preciso añadir que ambos casos no constituyen afasias propiamente dichas, puesto que, en estas patologías no se ven afectados los procesos de codificación y decodificación. En 1964 Geshwind añade tres afasias más a la tipología existente: la afasia global, la anómica, y el aislamiento del área del habla. La afasia global es el resultado de una lesión que afecta conjuntamente el Área de Broca y de Wernicke; el paciente sufre un cuadro muy severo en el que todas sus facultades lingüísticas se ven mermadas. *La afasia anómica* presenta una ubicación imprecisa, el paciente presenta serios problemas para encontrar las palabras precisas. Finalmente, se incluye *el aislamiento del área del habla*, donde la lesión separa los conceptos del sistema del lenguaje.

4. OBJECIONES. CONCLUSIÓN

Particularmente relevante es el hecho de que un mismo paciente diagnosticado como afásico presenta una sintomatología completamente diferente a la que pueda presentar otro paciente que padece el mismo síndrome. En este sentido la *heterogeneidad* de síntomas que puede presentar un mismo síndrome hace dudar de la fiabilidad de la clasificación conexionista basada en síntomas predecibles. Este hecho ha llevado a Schawrtz (1985) a hablar de *politipicidad*. Además, se ha observado que algunos trastornos lingüísticos aparecen en más de un síndrome (i.e. parafasia fonológica y anomia). Por ello, resulta difícil clasificar a un paciente que presente exclusivamente estos trastornos lingüísticos. Se han significado más objeciones pero no vamos a entrar en ellas. Todos estos hechos han incentivado la realización de estudios lingüísticos en el campo de la afasia, iniciándose una nueva disciplina lingüística: la *afasiología lingüística*; no en vano, y gracias a estos estudios, la clásica tipología conexionista se ha puesto en tela de juicio, al tiempo que ha mejorado nuestro modo de entender y estudiar los trastornos del lenguaje.

BIBLIOGRAFÍA

- CAPLAN, D. (1992): *Introducción a la neurolingüística y al estudio de los trastornos del lenguaje*. Madrid: Visor.
- CRYSTAL, D. (1993): *Patologías del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
- NISCOLI et al. (1978): *Terminology of communication disorders*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- SCHAWRTZ, M. (1984): "What the classical aphasia categories can't do for us and why", en *Brain and Language*, 21, 3-8.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. (1996): "Patologías del lenguaje", en C. Martín Vides (ed.) *Elementos de lingüística*. Barcelona: Octaedro Univ.