



Pedagogía y Sociedad. Cuba. Año 15, no 34, julio 2012, ISSN 1608-3784

LA AFASIA: TRASTORNO SEVERO DEL LENGUAJE QUE AFECTA LA COMUNICACIÓN ORAL

Lic. Leonor Maria Morales Moreno. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Pedagógicas "Capitán Silverio Blanco Núñez". Sancti Spíritus, Cuba. Email: lmorales@ucp.ss.rimed.cu

M Sc. Ana Consuelo Figueroa Carbonell. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Pedagógicas "Capitán Silverio Blanco Núñez". Sancti Spíritus, Cuba. Email: afigueroa@ucp.ss.rimed.cu

M Sc. Marta Fernández Cáceres. Profesora Asistente Universidad de Ciencias Pedagógicas "Capitán Silverio Blanco Núñez". Sancti Spíritus, Cuba

Resumen

El presente artículo es resultado del trabajo docente metodológico de la disciplina Logopedia en las carreras Logopedia y Especial, sirve como material complementario para la preparación académica, laboral e investigativa. El profesional de estas especialidades debe formarse con un enfoque clínico sicopedagógico para la **prevención**, educación, **reeducación** y **rehabilitación** del lenguaje oral y escrito en función de atender trastornos en el lenguaje, el habla y la voz; de manera que este preparado integralmente para atender personas que presentan necesidades educativas especiales, asociadas o no a la discapacidad, en los diferentes contextos de actuación. En la asignatura Logopedia III del currículo básico, se apropia de los conocimientos acerca de las **Afasias**, aunque esta patología es más frecuente en la población adulta, se hace necesario prepararse integralmente para ofrecer orientaciones oportunas e intervenir en el marco familiar, escolar y comunitario.

Palabras clave: afasias; prevención; reeducación; rehabilitación; logopedia; trastornos del lenguaje; comunicación oral

THE APHASIA: SEVERE LANGUAGE DISORDER THAT AFFECTS ORAL COMMUNICATIONS

Abstract

This article is the result of teaching methodology of the discipline Speech Therapy in the Special Education career, serves as supplementary material for academic preparation, work and research. The practitioner of these disciplines must be formed with a psycho-clinical approach to **prevention**, education, **reeducation** and **rehabilitation** of oral and written language in terms of addressing language disorders, speech and voice, so that teachers are fully prepared to meet people's special educational needs, whether or not handicaps, in different contexts of action. In the course Speech III core curriculum, students acquire the appropriate knowledge about **Aphasia**, but this disease is more common in adult population, it is necessary to fully prepare teachers to provide appropriate guidance and intervention within the family, school and Community.

Key words: aphasia; prevention; reeducation; rehabilitation; speech therapy; speech disorders; oral communication

Recepción: 10-2-2012

Evaluación: 15-3-2012

Recepción de la versión definitiva: 25-4-2012

INTRODUCCIÓN

En la presente publicación se aborda la Afasia, patología que afecta severamente la comunicación oral, ya que toda persona que no tiene una salida adecuada para expresarse, se siente reprimida y su reacción es contraproducente, agravando esto su dificultad de expresión, el déficit de su efectividad comunicacional empeora por la conciencia de su defecto, se ve defraudado en sus ambiciones de contacto y convivencias sociales, y entra más en sus desviaciones psíquicas. La base de esta situación es que sufre una condición psicógena especial, estar enfermo y parecer ridículo.

Se requiere del conocimiento de un enfoque clínico psicopedagógico para la prevención, educación, reeducación y rehabilitación del lenguaje oral y escrito en función de atender trastornos en el lenguaje, el habla y la voz; dominar las diferentes

patologías del lenguaje a partir de la clasificación, de manera que el profesional de estas especialidades este preparado integralmente para atender de manera eficiente personas que presentan necesidades educativas especiales, asociadas o no a la discapacidad, en los diferentes contextos de actuación.

Este trastorno de la comunicación oral se encuentra en el 1er nivel, de la clasificación logopédica que se utiliza en Cuba y que se aplica por indicaciones del Ministerio de Educación, fue introducida por Pérez de Alejo Gudelia (2003), a la cual se hace referencia más adelante. (Pérez de Alejo, G., 2003:7)

DESARROLLO

La comunicación desde el punto de vista socio histórico surgió en los inicios mismos de la humanidad como proceso de intercambio de mensajes comprendidos de manera simbólica. Es decir, desde los primeros momentos en que el ser humano se enfrenta al proceso de transformación de la naturaleza para obtener de ella los elementos necesarios para su subsistencia, la comunicación devino en el elemento indispensable para la actividad práctica transformadora de los seres humanos.

Según Marx y Engels, la comunicación desde el comienzo fue indispensable para el desarrollo de la conciencia y se desenvolvió paralela a la actividad laboral. La creciente complejidad de la relación con la naturaleza, el desarrollo del trabajo y su especialización, impulsaron la evolución de las relaciones sociales e hicieron más complejas las formas de interacción entre los hombres en el proceso del trabajo. Todo esto exigió un perfeccionamiento cada vez mayor de la comunicación que aseguraba esa interacción.

La comunicación es una condición necesaria para la existencia del hombre y uno de los factores más importantes de su desarrollo social, al ser unos de los aspectos significativos de cualquier tipo de actividad, así como condición de desarrollo de la individualidad, la comunicación refleja la necesidad objetiva de los seres humanos de asociación y cooperación mutua. En ella, se pone de manifiesto la transmisión de ideas y afectos, lo que refleja la unidad entre lo afectivo y lo cognitivo; por ello se hace necesario valorar no sólo la forma de comunicación, sino también la efectividad de la misma.

“La comunicación según el concepto lingüístico, es todo acto mediante el cual el mensaje elaborado por un codificador es recibido como estímulo por un decodificador. Esta denominación la exclusiviza como un proceso netamente humano, pues se parte de la premisa que la posesión de una capacidad co-decodificadora para elaborar intencionalmente y convencionalmente un mensaje y entenderlo, no puede darse en los animales”. (Pons, P. 1969: 107). “La comunicación se basa en el intercambios de conductas verbales y no verbales, entre un yo (emisor) y en un tú (receptor) con un elemento relacionante entre ambos que es el mensaje; por lo que de manera general puede dividirse en verbal y extraverbal”. (Pons, P. 1969: 107).

“La comunicación oral es aquella en la cual un mensaje confeccionado mediante la actividad de los complejos procesos corticales superiores del individuo codificador viaja en forma de energía nerviosa a los órganos fonoarticulatorios y los movimientos de los músculos de estos los convierten en ondas acústicas específicas que se propagan a través del medio aéreo, alcanzan los receptores auditivos periféricos del sujeto decodificador, que transformándose nuevamente en energía nerviosa sigue la vía nerviosa hasta llegar a las zonas corticales especializadas correspondientes, donde es recibido y comienza su entendimiento”. (Vigostky, L.S.1989:30).

Cuando se presenta una lesión orgánica que daña el cerebro afectándose algunas de las estructuras que integran este sistema, la dinámica funcional no se completa y entonces se manifiestan síntomas representativos de fallos en la función, identificándose todo este proceso con el nombre de Afasia. Conceptualmente la Afasia se considera un trastorno del lenguaje como consecuencia de una lesión cerebral que interfiere las funciones codificadoras o decodificadoras o ambas a la vez pudiendo observarse además un compromiso de la lecto escritura.

La comunicación oral se verifica estructuralmente en diferentes niveles que son: lenguaje, habla y voz como se plantea anteriormente.

Lenguaje: “...se refiere a la capacidad superior, exclusiva del hombre, de abstraer y generalizar los fenómenos de la realidad objetiva (este hecho evidencia lo social) y designarlos mediante signos convencionales. Es una función cortical superior desde el punto de vista neurofisiológico, que además de ser un hecho psicológico es también un

hecho social, es decir, que surgió primaria y básicamente con una necesidad de comunicarse entre los hombres primitivos dentro de la actividad del trabajo colectivo”. (Ascoaga, J. E. 1985: 42).

Habla: “...es el proceso fisiológico mediante el cual el hombre utiliza el lenguaje para comunicarse. Es el canal semántico de la comunicación oral, representada por el proceso de los movimientos musculares de los órganos fonoarticulatorios que son los que originan los sonidos articulados, palabras y oraciones para formar el discurso en genera”. (Luria, A. 1978: 6).

Voz: “...es toda emisión de sonido laríngeo. Es el canal afectivo emocional o de los sentimientos, complementador del canal de las ideas”. (Ascoaga, J. E. 1985: 45).

Los trastornos del lenguaje se agrupan en tres categorías o niveles: trastornos del lenguaje, trastornos del habla y trastornos de la voz y dentro de cada categoría los trastornos más frecuentes son: Nivel I: Lenguaje (Retrasos del Lenguaje, Afasias). Nivel II Habla: (Dislalias, Disartrias, Rinolalia, Tartaleo, Tartamudez). Nivel III: Voz (Disfonías, Afonías).

Afasias. Es el derrumbe total o parcial del sistema funcional del lenguaje ya establecido. Se clasifican en sensoriales o motrices según la zona afectada en la corteza cerebral, generalmente del hemisferio izquierdo. En las Afasias Sensoriales se afecta la comprensión o sea la decodificación del lenguaje y en las Afasias Motrices se afecta la codificación o expresión del lenguaje. Entre las causas más frecuentes se encuentran los traumatismos craneoencefálicos, Accidentes vascular encefálico, hemorragias, tumores cerebrales, etc.

A continuación se hace mención a la clasificación que da Luria (1978) a las Afasias por ser la que se ha aplicado a través de varias décadas, en Cuba. Sobre la base de la formación de los procesos mentales complejos que incluye el lenguaje, considera dos tipos de afasias al igual que el resto de los autores, pero basa su clasificación del siguiente modo:

Las de tipo motriz, con alteraciones fundamentalmente en la elocución, lo que no quiere decir ausencia de síntomas en la esfera sensorial y otros sistemas funcionales, por ello

se emplea la palabra fundamentalmente. Y esto es lo que se explica en el concepto de sistema funcional que permite que diversos analizadores dentro del lenguaje realicen los procesos de análisis y síntesis de los códigos orales, por lo tanto, la alteración de un sector conduce inevitablemente a la perturbación de todos los componentes y se traduce por una variada gama sintomatológica que constituye el síndrome afásico.

De esta forma el autor distingue varias formas dentro de cada una de ellas que son las siguientes: Afasias Sensoriales: Sensorial propiamente dicha o Acústica gnóstica, Acústico amnésica, -Semántica y las Afasias Motrices: Aferente, Eferente, Dinámica.

En la Afasia Sensorial propiamente dicha o Acústica gnóstica ocurre que: los sectores del tercio posterior de la primera circunvolución del lóbulo temporal izquierdo, se realizan los procesos de análisis y síntesis de la identificación de los sonidos del idioma. Esta estructura de la corteza se identifica como oído fonemático; su función consiste en el análisis y síntesis audio articulatorio; si se lesionan estos sectores de la corteza cerebral se produce la perturbación del sistema de diferenciación de los sonidos verbales, presentándose este tipo de afasia.

La Afasia Acústico Amnésica: surge como resultado de lesión en los sectores medios de la parte convexa del lóbulo temporal izquierdo relacionados con los analizadores auditivos y visuales además de tener relación con el sistema límbico. El síntoma cardinal de esta afasia es la amnesia verbal que se manifiesta por la búsqueda de palabras con relativa buena conservación de la expresión verbal.

La Afasia Semántica: guarda relación con lesiones parieto-temporal-occipital del lóbulo izquierdo y su expresión clínica está dada por anomias y dificultad con la construcción lógico gramatical entre otros síntomas.

En la Afasia Motriz Aferente: resulta de afecciones en la parte inferior de la circunvolución post-central, lugar donde se realiza la recodificación de los estereotipos audio-verbales y que al lesionarse se pierde el esquema funcional lógico en la organización cinestésica del movimiento oral. Son características de esta afasia las apraxias orales con presencia de múltiples parafasias sobre todo de tipo literal.

Afasia Motriz Eferente: aquí se observa una alteración de la estructura cinética o programa motor de la expresión verbal, y que se expresa clínicamente por ruptura en la fluidez oral al presentarse una lesión en los sectores pre-rolándicos del hemisferio izquierdo. La caracteriza clínicamente una imposibilidad del despliegue oral en cualquier orden.

Afasia Dinámica: se presenta lo que se conoce con el nombre de pérdida de la espontaneidad o iniciativa oral y aquí se trastorna fundamentalmente la función sicoreguladora del lenguaje con una traducción clínica de falta de motivación o iniciativa en la predicación.

Con la conceptualización anterior es prudente responder la siguiente interrogante ¿Qué sucede a una persona Afásica?

Al presentarse una lesión orgánica neurológica con daños en el sistema funcional del lenguaje se van a ver desintegrados una inmensa red de conexiones neurofisiológicas estructuradas dentro de este complejo mecanismo funcional.

Se conoce que a toda afección orgánica le siguen trastornos funcionales y ante la presencia de síntomas como hemorragias, edemas, congestión y todo el complejo orgánico resultante de la lesión, la corteza se impacta y la traducción clínica oral se manifiesta en una diversidad de síntomas representativos del daño de la función.

Puede suceder que no haya una regresión del proceso de organicidad lo que condiciona la presencia de síntomas afásicos como consecuencia de una inhibición dinámica o bloqueo de los sistemas funcionales que se encuentran total o parcialmente inhibidos, todo esto se conoce como diásquisis y abarca alrededor de los tres primeros meses de la enfermedad.

Pasada esta etapa transitoria, es cuando se debe realizar un diagnóstico definitivo de la entidad, ya que es cuando existe la verdadera secuela oral. Hasta ese momento los procedimientos se desarrollan sobre un diagnóstico presuntivo.

La diásquisis: Es una etapa importante y determinante con relación a la conducta que debe tenerse en el afásico, precede a una terapia definitiva, pero es el momento en el cual sin fines terapéuticos específicos ayudamos a organizar la conciencia, centrar la

atención, comenzar a equilibrar las emociones, transmitir una información con relación a la conducta que debe mantener el personal que rodea al enfermo, garantizando de esta forma mejores resultados en el futuro programa de rehabilitación que se le aplicará.

Se considera necesario hacer algunas precisiones, que permiten conocer mejor este trastorno del lenguaje, y alcanzar un tratamiento rehabilitador efectivo, al dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cómo sobreviene la enfermedad?

En presencia de una lesión neurológica que afecta el sistema funcional del lenguaje como ya se dijo, se pueden manifestar síntomas representativos de acuerdo al nivel topográfico de la lesión. Aquellas que afectan diferentes niveles de los sectores parietales, temporales y occipitales del hemisferio izquierdo, donde se encuentran los analizadores encargados de los procesos de analizar y sintetizar las funciones auditivas, mnésticas y en almacenaje de la información, cuando se perturban, se manifestarán síntomas que hablan de diferentes afasias sensoriales de acuerdo al sector dañado, mientras opuestamente sí se dañan los sectores anteriores del córtex, como son las estructuras prefrontales y frontales, encargadas de la formación del articulema y de la dinámica y despliegue verbal, entonces se observarán manifestaciones orales de las afasias motrices.

Todas estas dificultades en la comunicación se acompañan de manifestaciones en la esfera afectivo-emocional de la persona perfectamente comprensible dado los nuevos cambios inevitables en la esfera psicosocial a los que se enfrenta.

Dada la complejidad de la patología se hace referencia a los síntomas de la enfermedad y sus causas para poder realizar un diagnóstico oportuno y prevenir alteraciones mayores.

La investigación clínica de la afasia no debe limitarse a los efectos individuales de la percepción, la memoria, y el lenguaje, la escritura, etc. que constituyen un síndrome determinado. Se debe tener en cuenta la forma en que cada función se ve afectada, la pauta de los trastornos y cuál es el factor común que une los distintos sistemas, ya que todo queda integrado funcionalmente. No obstante, a continuación analizaremos los principales síntomas presentes en el marco de un gran síndrome afásico y la

importancia de reconocerlos como parte importante de la enfermedad. A continuación se describen los principales de ellos y su significado:

Agnosias: incapacidad en el reconocimiento de las diferentes informaciones sensoriales del medio, pudiendo ser: visual, auditivas, cinestésica, etc.

Apraxia: incapacidad para la ejecución de movimientos encaminados a un fin determinado debido a la falta de información aferencial.

Parafasias: modificaciones en la estructura de las palabras caracterizadas por el reemplazo de fonemas, sílabas o palabras. Se clasifican en Literales (se cambia un fonema por otro), Silábicas (se reemplaza una sílaba por otra) y Verbales (se produce el cambio completo de la palabra conservando el mismo sentido).

Morfológicas: Se sustituye la palabra con un cambio en el sentido.

Perseveraciones: repeticiones incontrolables de una sílaba o palabra que interrumpe la elocución del acto oral.

Estereotípa: forma de perseveración que consiste en el uso repetitivo y constante de una palabra o frase como única forma de expresión oral.

Anomia: incapacidad para la denominación de objetos.

Logorrea: emisión verbal profusa, sin control, fluida, con o sin trastornos articulatorios a menudo sin contenido comunicativo.

Parognosia: comprensión incorrecta del sentido de las palabras,

Neologismos: expresiones verbales sin ninguna significación convencional.

Anosognosia: condición de no conciencia por parte del paciente, de sus dificultades orales.

Ecolalia: repetición de palabras, frases y hasta oraciones inmediatamente de escuchadas o dejado pasar algún tiempo.

CONCLUSIONES

La caracterización de este trastorno del lenguaje permite preparar al maestro en formación para el diagnóstico logopédico oportuno y preciso. Conocer el concepto, las

causas, nivel de la comunicación oral en que se ubica, clasificación, características distintivas o síntomas, manifestaciones clínicas y psicológicas de la persona que la padece, posibilita el papel activo y protagónico de los estudiantes en la prevención, identificación oportuna y posterior rehabilitación del trastorno de manera que le permite el accionar correctivo en aras de favorecer la comunicación oral.

BIBLIOGRAFÍA

Ascoaga, J. E. (1985). *Neurolingüística y fisiopatología*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.

Cabanas, R. (1982). *“La comunicación oral, importancia médico social”*. En Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana.

Goldshtein, K. (1980). *Trastornos del lenguaje. Las Afasias: su importancia para la medicina y la teoría del lenguaje*. Barcelona: Editorial Científico Médico.

Luria, A. (1978). *Cerebro y Lenguaje. Afasia Traumática. Síndrome, exploración y tratamiento*. Editorial Fontanella.

Narbona, J y Chevie Muller, C. (1997). *El lenguaje del niño*. Barcelona: Masson.

Peña, J. (1995). *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*. Barcelona: Masson.

Pérez de Alejo, G. (2003). *La atención logopédica en la edad infantil*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Pons, P. et al. (1969). *Tratado de patología y clínica médica. Tomo 4*. Barcelona: Masson.

Vigostky, S.L. (1989). *Pensamiento y Lenguaje*. Barcelona: Paidós.