

El síndrome afásico: una revisión desde la perspectiva del sistema familiar

Julio Cea Calvo

Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca

Resumen

La capacidad de comunicarnos mediante un complejo sistema de códigos y signos es única de nuestra especie. La pérdida de la misma conlleva graves consecuencias para el afectado en varias esferas de su vida. La afasia es una de las patologías asociadas al lenguaje, que consiste en la pérdida total o parcial del mismo como consecuencia de un daño cerebral. Existen múltiples tipos de afasia, así como diversas formas de padecer alguna: accidente cerebro-vascular, infección, traumatismo craneoencefálico,... ninguna es congénita. La evaluación y tratamiento de las afasias está en constante cambio; pueden ser consideradas desde una perspectiva clásica anclada en la neurología, hasta una rama más moderna centrada en los aspectos cognitivos. Ambos métodos están fundamentados y su correcta integración da como resultado una evaluación certera, así como un tratamiento efectivo; aunque la recuperación no siempre es total. Una de las áreas afectadas más importantes es el entorno familiar, variando su estructura y sus representaciones del mundo y del presente, siendo origen de patologías psicológicas familiares o individuales asociadas.

Palabras clave: Afasia, evaluación y tratamiento, familia, psicopatología.

Abstract

The ability to communicate with others using a complex system of codes and signs is a unique trait of our species. Its loss leads to serious consequences on several spheres of a person's life. Aphasia is a communication disorder that involves total or partial loss of the language ability as a result of brain damage. There are many types of aphasia, due to multiple etiologies: cerebrovascular accident, infection, head trauma...

none of them are congenital. Assessment and treatment of aphasia are in constant evolution; this pathology can be tackled through a classical neurology-based perspective or a more modern cognitive-centered approach. Both methodologies can be successfully combined to achieve a proper assessment, as well as an adequate treatment of the pathology, although full recovery of the patient is not always attained. One of the most important affected areas is the family environment, a key variable with a structure that changes through time, shaping the way we understand our present world and therefore inception of many associated psychological disorders, both of family and individual.

Keywords: Aphasia, psychological assessment and treatment of aphasias, family, Associated mental disorders

1. Introducción

Las cosas existen en la medida en que son nombradas. El lenguaje es una característica que se podría considerar genuinamente humana, desde que nuestros ancestros, homínidos pre-humanos, iniciaron el duro camino de la adaptación. Parece que la evolución ha configurado nuestro desarrollo de tal manera que, ligado al bipedismo, el lenguaje ha sido el fin último de dicho proceso.

El lenguaje está en nuestras vidas desde antes de nuestro alumbramiento (la corteza auditiva del feto comienza a estar activa en torno a la 5ª o 6ª semana de gestación) lo cual favorece el aprendizaje del mismo y la acomodación a las normas que lo rigen. De hecho, todos los miembros de la raza humana siguen el mismo proceso en el desarrollo lingüístico. Todos los niños de este mundo, cuando comienzan a articular palabras comprensibles para los adultos, tienen la necesidad de nombrar todos aquellos objetos con los que interactúan; siendo este fenómeno la manifestación más ajustada de la tendencia del ser humano a nombrar lo que le rodea.

2. Definición y relación con los trastornos afásicos

El lenguaje siempre ha llamado la atención del investigador (desde los tiempos de Sócrates con su mayéutica dialéctica hasta las más punteras aportaciones de la neurociencia en el siglo veintiuno) pero su definición ha presentado un enorme problema para los teóricos e investigadores. Muchas han sido las definiciones referidas al lenguaje. Una de ellas es la que emitió el psicólogo A. M. Luria (1977), quien definió esta facultad como el “sistema de códigos con cuya ayuda se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos”; otra la de J. B. Watson (1924),

que lo identificó como un “hábito manipuladorio del mundo”; o la de N. Chomsky (1960): “el lenguaje es un conjunto finito o infinito de oraciones, cada una de las cuales posee una extensión finita y construida a partir de un conjunto finito de elementos”.

Podemos concluir por tanto, que el lenguaje es el proceso psicológico superior entendido como sistema o conjunto de signos a través del cual podemos realizar cambios en nuestra realidad mediante la designación de un título y significado a objetos del mundo mismo, y que nos posibilita la comunicación entre nuestros semejantes, así como generar una estructuración a nivel interno de la mente y fomentar un pensamiento formal a través de la conjugación de múltiples oraciones que posibilitan este fenómeno.

En ocasiones el sistema lingüístico se ve afectado, el conjunto de mecanismos que posibilitan este proceso se dañan o desajustan dando lugar a un abanico de síntomas que configuran la patología denominada afasia.

Las afasias son el conjunto de enfermedades que afectan al habla y surgen al tanto de un traumatismo craneal, accidente cerebro-vascular o infecciones del sistema nervioso central. Son un trastorno neurológico de múltiple manifestación, afectando habilidades tales como la lectura, la escritura, la percepción auditiva, la repetición, la fluidez y espontaneidad de habla, o la repetición conductual de órdenes expresadas; repercute directamente en otro tipo de procesos psicológicos superiores, como son la memoria (memoria auditiva), el aprendizaje, la atención, el pensamiento y el lenguaje, perteneciendo a este el conjunto de síntomas más representativos.

El estudio de la afasia en la actualidad enfoca sus fuerzas en encontrar tratamientos eficaces, con el fin de recuperar parcial o totalmente (en la medida de lo posible) las facultades perdidas por el paciente, y garantizar así una mayor calidad de vida y funcionamiento autónomo del mismo.

3. Posibles causas de la afasia

Las causas de la afasia pueden ser de muy distintos tipos pero de forma sintética a continuación se presentan las más frecuentes y representativas.

3.1. Infección del sistema nervioso central

Existen gran cantidad de enfermedades de origen vírico, bacteriano, micológico o parasitario que pueden comprometer la

integridad del cerebro como centro de control del cuerpo. No obstante, en esta reseña nos referiremos a una infección concreta, la meningoencefalitis. Esta enfermedad se presenta como un cuadro clínico continuo, que en la mayoría de las ocasiones no sigue su recorrido completo; es decir, puede presentarse de forma aislada uno de sus síntomas (que puede entenderse como el primer síntoma si se da el proceso completo) como es la encefalitis, que consiste en la inflamación del tejido circundante al cerebro produciendo distintos grados de dolor, incomodidad y desajustes leves. Por otro lado, podría aparecer otro cuadro clínico distinto (que coincidiría en un proceso completo con la segunda fase de la enfermedad), donde se produce una inflamación del tejido meníngeo que ejerce una presión extrema sobre el córtex, tras lo cual se produce un daño que podría desembocar en trastornos del lenguaje (siempre y cuando la presión se dé en áreas comprometidas en dicho proceso). El pronóstico de esta enfermedad depende en primer lugar del grado de afectación del sujeto, es decir, dependiendo de si tiene una encefalitis o, por el contrario, si ya tiene una meningitis conjugada y, en segundo lugar, depende del tipo de meningitis (A, B, C) en caso de que la padezca.

3.2. Tumor cerebral

Otra enfermedad causante de afasia son los tumores cerebrales. El tumor cerebral maligno puede producir afasias de dos maneras fundamentalmente. La primera produce un trastorno afásico por presión de zonas colindantes relacionadas con el lenguaje; el tumor no daña en sí misma la zona, sino que oprime las áreas cercanas produciendo así la afasia. La segunda manera que tiene un tumor de producir un trastorno del lenguaje es tumorando la zona concreta con alguna función significativa para producir el lenguaje. En este segundo caso existe un daño estructural grave de una parte fundamental del complejo que produce el lenguaje. Si bien, en el primer caso la extracción del cuerpo podría solucionar el problema, en el segundo, se ha de producir una extirpación de un área del lenguaje específica, con lo que las posibilidades de recuperación son ínfimas.

Al margen de ello, este tipo de afección entraña un peligro vital en sí misma; con lo que la pérdida del lenguaje es observado como una cualidad superflua y que lo que se pretende a toda costa es la conservación de la vida de la persona; ello no quiere decir que no se intente por todos los medios conservar el mayor número de funciones posibles.

3.3. Enfermedades cerebro-vasculares (ECV)

Al hablar de afasia debemos tener en consideración que es un efecto de un daño a nivel cerebral, es decir, la afasia es una enfermedad que no puede presentarse primariamente en ausencia de traumatismo o problema vascular en el mismo, sino que, siempre será una patología secundaria asociada a un cuadro clínico de ECVA (enfermedad cerebro-vascular aguda). Las ECV pueden ser de dos tipos: Isquémicas o Hemorrágicas.

Las primeras hacen referencia al conjunto de enfermedades del sistema circulatorio cerebral que consisten en la privación de un riego sanguíneo al cerebro, la obstrucción total o parcial (trombos, hipercolesterolemia, inflamación de las paredes arteriales...) de las arterias que transportan lo necesario para un correcto funcionamiento del encéfalo (fundamentalmente glucosa y oxígeno), y la vasoconstricción o estenosis arterial, bien sea de tipo genético o acontezca de forma respondiente a un medicamento o situación ambiental. Las segundas englobarían todos aquellos daños en la irrigación sanguínea cerebral producidas por una rotura de la vía sanguínea y posterior expansión de tejido sanguíneo por el encéfalo, dando lugar así a, por un lado, la privación de riego sanguíneo y, por otro, la necrosis neuronal producida por el volumen de sangre con la que está en contacto.

3.4. Traumatismos craneoencefálicos (TCE)

En la actualidad, es una de las primeras causas de afasias en la población juvenil menor de 35 años. Esto se debe en gran medida al consumo irresponsable de alcohol y otras sustancias similares. Son la primera causa de afasias y muerte en momentos de traslado, es decir, caminos habituales entre dos puntos frecuentes (lugar de trabajo/ hogar, por ejemplo). La evolución histórica de este tipo de traumatismo y en consecuencia de la afasia se acrecentó a causa de la aparición de los automóviles. En la actualidad, el accidente automovilístico provoca gran número de trastornos afásicos vinculados a TCE. También vinculado al uso de tóxicos, se deben tener en cuenta el aumento de agresiones físicas a terceros debido a su consumo.

Los traumatismos pueden ser clasificados en abiertos y cerrados. Los traumatismos cerrados son aquellos en los que se produce un daño a nivel interno pero sin corromper la integridad de la duramadre o meninge exterior. Las meninges cerebrales son membranas que recubren el sistema nervioso central garantizando su sustento y su protección ante infecciones y golpes. Los traumatismos abiertos son aquellos en los que la duramadre si ha quedado comprometida, se ha fracturado o por el contrario el cráneo ha sido totalmente

partido dejando a la luz el cerebro. Estas últimas son extremadamente peligrosas, no solo por el daño en sí mismo, sino por el peligro de infección bacteriana o vírica.

4. Tipos de afasia y criterios diagnósticos

De igual forma que existen distintos eventos que pueden desembocar en una afasia, existen distintos tipos de afasia, cada uno de ellos con sus características distintivas. El abanico de trastornos afásicos se sintetiza en los siguientes párrafos.

4.1. Afasia de Broca

Este tipo de afasia se caracteriza por incapacitar al sujeto para el lenguaje fluente, tener dificultad para la repetición y la denominación de objetos, y la conservación de la comprensión salvo a nivel sintáctico (Emisión de oraciones de manera correcta o fluida). En casos de aparición repentina y abrupta puede existir una incapacidad total para el habla o una tendencia a emitir un repertorio pequeño de expresiones limitadas a la repetición reiterada de algunas sílabas o conjuntos silábicos. En ocasiones, las expresiones utilizadas por el afectado son muy pobres, gramaticalmente hablando, y con tendencia a ser muy telegráficas. Al intentar hablar existe gran dificultad para articular palabras, así como la existencia de cambios de ritmo y entonación en el discurso (disprosodia). Tienen gran dificultad para encontrar la palabra específica que quieren usar y producen largas pausas durante esa búsqueda. En lo relativo a la lecto-escritura, aun dañada, está mucho más conservada.

La comprensión semántica (emparejar una palabra con un objeto) está relativamente preservada. La comprensión de órdenes simples es adecuada (“levante la mano”). Por el contrario, la comprensión de órdenes más largas (“levante la mano sobre su cabeza y dibuje círculos en el aire con la otra de derecha a izquierda”) o más complejas sintácticamente es mala (oraciones subordinadas, coordinadas, yuxtapuestas...).

La repetición de palabras de gran uso, así como aquellas de alta imaginabilidad no está afectada; por el contrario, la repetición de palabras con gran número de sílabas o frases completas es prácticamente imposible.

4.2. Afasia de Wernicke

Esta afasia se caracteriza por tener una gran fluencia en el habla, pero importantes dificultades en la comprensión. Son producidas por daños en el área de Wernicke, corteza auditiva primaria y secundaria. Esto se traduce en una dificultad para discriminar el sonido del lenguaje, la comprensión del mismo, su repetición, así como la percepción de conjuntos sonoros con significado.

La estructuración sintáctica es correcta y presenta una prosodia adecuada. Obviando el mensaje, su discurso, suena coherente con la situación. Los daños en el lenguaje se producen no en la forma (cómo suena, cómo se articula...) sino en el contenido del discurso, es decir, la semántica de las palabras que usa no es la adecuada, genera oraciones con la entonación y la sintaxis correcta pero con contenido carente de significado.

Los diagnosticados de AW presentan un diálogo exento de contenido que, desenmascara el déficit comprensivo. La anomia es otro síntoma característico; consiste en la imposibilidad de encontrar la palabra que se busca. Posteriormente esa palabra es sustituida por otra relativa a su mismo campo semántico, categoría, similar melodía... en ocasiones el discurso se ve altamente extendido y tras sucesivas sustituciones de palabras por otras cercanas lingüísticamente el discurso se desvirtúa y se aleja del objetivo original. Estas sustituciones reciben el nombre de parafasias. Las parafasias pueden ser de distintas modalidades: semánticas (significado parecido), formales (sonido parecido), y verbales (sustitución aleatoria por acomodación a categoría, familia de palabras o simple cercanía mental en la red semántica).

En algunos pacientes y en etapas agudas de la enfermedad, la fluencia es exageradamente grande produciendo lo que se conoce como verborrea (logorrea para ser más correctos). Esta conducta anómala también recibe el nombre de "ensalada de palabras". En ocasiones, los afectados incurren en neologismos, combinaciones aleatorias de sílabas sin sentido que el afectado utiliza como palabras verdaderas en el lenguaje espontáneo, aun cuando carecen de sentido y significado; es decir, dicha pseudopalabra no tiene ninguna coincidencia semántica ni fonológica con el tema y objetivo del discurso.

El paciente afectado por AW suele tener una conducta reiterativa, consistente en la repetición de sílabas, palabras, oraciones y sonidos (en ocasiones existe reiteración en conductas motoras con el fin de explicar un concepto para el cual no encuentra palabra). Este esfuerzo extra genera en el paciente una fatiga adicional, con lo que resulta representativo el cansancio rápido que algunas personas experimentan ante la evaluación y el tratamiento.

4.3. Afasia transcortical motora

Esta afasia se produce en zonas frontales limítrofes al área de Broca. El cuadro sintomático principal es la reducción lingüística, o en ocasiones extremas el mutismo; es decir, en estos casos el paciente afásico experimenta disfemia y afemia. En ocasiones se producen fenómenos de ecolalia (repeticiones reiterativas involuntarias de un estímulo escuchado con anterioridad). También se ve afectada la escritura, que si bien se comprende, posee componentes disgráficos. La comprensión auditiva está plenamente conservada, así como la capacidad voluntaria de repetición.

4.4. Afasia transcortical sensitiva o sensorial

Esta afasia es producida por un daño en los centros receptores de las sensaciones, y esto se traduce en un daño en una fibra nerviosa que aísla de forma parcial las cortezas auditivas primaria y secundaria del complejo Broca-Wernicke, así como del resto del cerebro. La expresión es clara y fluida pero la comprensión es limitada. Se dan fenómenos de ecolalia, parafasias, neologismos que tarde o temprano desembocan en problemas expresivos representados por circunloquios en las conversaciones cuando no se comprende lo enunciado. Un fenómeno descriptivo de estas afasias es que el paciente puede establecer involuntariamente una sordera selectiva para una palabra o grupos de ellas, atendiendo a cambio semántico, categoría... que varía entre paciente y paciente.

4.5. Afasia transcortical mixta

Este tipo de afasia es una de las más extrañas en lo que a incidencia clínica se refiere. Se da cuando las áreas de Wernicke y Broca se desconectan simultáneamente a nivel funcional del resto del encéfalo, mientras ellas siguen conectadas la una a la otra. El principal síntoma de ATM es que existe un trastorno bifuncional, es decir, de la comprensión y la expresión simultáneamente. La expresión sólo se produce cuando alguien habla con el enfermo y nunca al contrario. Otros síntomas son la anomia (incapacidad para nombrar), alexia (dificultad para leer), agrafia (incapacidad para escribir) y por último la ecolalia. La ecolalia es la repetición sistemática de un input auditivo de forma involuntaria y descontextualizada. Por otro lado, existe una especial habilidad para completar oraciones, frases hechas y expresiones. Por regla general los vaticinios de mejora en este caso son limitados.

4.6. Afasia de conducción

El área afectada es el fascículo arqueado que conecta las áreas de Broca y Wernicke. Se caracteriza debido a que la producción y comprensión del lenguaje son adecuadas, el enfermo es capaz de mantener una conversación fluida, pero tiene problemas a la hora de seleccionar y ordenar los fonemas, dando lugar a parafasias. Durante el discurso no presenta ningún problema, pero en algunas ocasiones una palabra presenta una especial dificultad para el enfermo y el sujeto comenzará a utilizar conductas de aproximación hasta que llega a la palabra correcta.

La diferencia fundamental respecto a la afasia de Wernicke, es que la persona si es consciente de que esta errando en la búsqueda de la palabra. El afectado lee en voz alta con mucha dificultad, en muchas ocasiones segmenta las sílabas de las palabras. También existen pequeñas traslaciones dentro de las oraciones, cambiando el orden de las palabras. Pueden presentar dificultades a la hora de comprender un discurso complejo. La facultad de repetir esta altamente alterada.

4.7. Afasia anómica

En casi todas las afasias existen problemas a la hora de nombrar o denominar objetos del mundo, conceptos, listados de palabras relativas a una categoría... Aunque este déficit es relativamente frecuente en todas las afasias, no configura una clase específica salvo en un caso. La afasia anómica es el cuadro afásico que se caracteriza por la incapacidad de denominar o de sustantivar objetos de forma selectiva sin que existan dificultades excesivas en otros dominios lingüísticos. Este tipo de afasia puede ser confundida con otras afecciones transitorias como estados de conciencia límite y episodios de intoxicación. El lenguaje espontáneo es fluido, gramaticalmente correcto y con una complejidad relativamente normal. El paciente experimenta pequeñas pausas en los momentos en los que no encuentra alguna palabra, lo que hace que tenga un lenguaje pobre en ocasiones y con tendencias al reduccionismo, es decir, con poco contenido en información. De manera estricta, nos referimos a afasia anómica cuando existe un daño en zonas temporales del hemisferio izquierdo, así como lesiones laterales a nivel frontal (áreas comprometidas en procesos demenciales tales como el Alzheimer).

4.8. Afasia global

Se produce cuando existe un daño masivo en el hemisferio izquierdo, afectando de forma generalizada a las estructuras corticales y subcorticales comprometidas en el lenguaje. El daño no posee una localización específica sino que afecta de forma global al encéfalo. El lenguaje proposicional (con propósito o deliberado) puede estar ausente (mutismo) o limitarse a unas pocas palabras o expresiones que, en el intento de comunicar algo, pueden llegar a usarse de manera repetitiva (por ejemplo, “tan, tan, tan”). Es un lenguaje estereotipado, en el que la entonación corresponde a la intención comunicativa pero la palabra o frase estereotipada puede no guardar relación con esa intención o con el contexto de la conversación. El lenguaje automático (el que no requiere reflexión o deliberación, como nombrar los días de la semana o los meses del año) suele estar preservado, aunque este nivel más espontáneo del habla también presenta problemas, como puede ser el uso distorsionado de los monosílabos “sí” y “no” (con la consiguiente confusión en la interpretación de la respuesta por el interlocutor) o la emisión automática de palabras malsonantes que las personas del entorno familiar tienden erróneamente a reprimir agravando la frustración del paciente. Por último, la comprensión del lenguaje hablado se reduce a un escaso número de palabras y expresiones y la recuperación es muy limitada. Como consecuencia de la enorme dificultad para comunicarse y de los trastornos neurológicos asociados, es frecuente que la afasia global se asocie a un cuadro depresivo.

5. Consecuencias de la afasia de naturaleza no lingüística

Como en alguna ocasión hemos mencionado anteriormente, existen consecuencias ajenas al lenguaje en sí, afecciones de tipo psicológico que en algunos momentos se desoyen por la naturaleza orgánica de esta patología.

La condición de enfermo, al igual que cualquier otra atribución que se pueda hacer a nuestra persona, implica cambios que al margen de la propia enfermedad transfiguran aspectos de nuestra vida que van más allá de lo meramente médico.

Tal y como afirmaron Benson & Ardila (1996), el lenguaje no es la única dimensión afectada en un trastorno afásico. La afasia, como hemos mencionado en pasados capítulos, es un síndrome de múltiple afectación. Ya tratamos los aspectos relativos al lenguaje, pero a ellos debemos añadir una perspectiva psicológica. No podemos afirmar que una afasia afecte ni de la misma manera ni en la misma medida desde un punto de vista psicológico a todas las personas, pero lo que es indudable es que existe una afectación en este campo.

Como es de esperar, el hecho de perder de forma repentina y abrupta la facultad comunicativa (escritura, habla, lectura, incapacidad de comprender...), es un momento crítico en la vida de cualquier persona.

Son varias las áreas afectadas en la vida de un afásico. Por regla general, las afecciones afásicas suelen darse en adultos, es decir, una persona que posee una vida más o menos formada, con trabajo, estudios, relaciones sociales, familia...en definitiva, una serie de roles que, pueden verse afectados tras la aparición de un accidente de este tipo.

Existen fundamentalmente tres variables psicológicas de afectación cuando se produce un problema de afasia: la autoestima, la afectividad y la socialización. Las tres están íntimamente ligadas, influyéndose recíprocamente y retroalimentándose positivamente las unas sobre las otras. Ninguna de ellas podría ser entendida como una variable unitaria, sino como un conjunto de subconductas que responden ante una denominación general. Con el fin de ordenar la exposición, comenzaremos a presentar cada una de las variables en función de la proximidad a la estructura del “yo” del paciente.

5.1. Autoestima

El autoconcepto es la percepción que una persona tiene de sí mismo, la imagen que esa persona construye sobre sus características y sus conductas. La autoestima es el valor que ese autoconcepto tiene imbuido, la carga positiva o negativa que una persona se atribuye al *self* o si mismo.

La autoestima no es única y general, sino que es el producto de múltiples autoestimas que se despliegan en función de las situaciones en las que el sujeto se desarrolla; por ello se habla de una autoestima emocional, una autoestima social, una autoestima laboral, una autoestima familiar, una autoestima moral... La unión de todas ellas define una autoestima general, que es lo que tradicionalmente se entiende por este concepto. La autoestima puede ser alta, moderada y baja. Tener una autoestima excesivamente alta o, por el contrario, muy baja, es peligroso y negativo para la persona. La autoestima es un índice que se ha de mantener equilibrado.

También debemos tener en cuenta que una persona que alegue tener baja autoestima puede estar valorando tan sólo una de las esferas que incluye la misma, como por ejemplo el área relacional afectiva, y despreciar indicadores muy desarrollados de su vida, el trabajo, etc.

Al hablar de afasias debemos comprender que, inicialmente, las áreas afectadas serán con gran certeza las relativas a todo el espectro social y relacional, aunque más tarde puede extenderse a otros

aspectos de la vida tales como la familia, el empleo,...Una persona que repentinamente ha sufrido un accidente vascular cerebral y que, a consecuencia de ello, haya perdido la capacidad de comunicarse, comenzará a tener sentimientos de discapacitación o ineptitud respecto a sí mismo, valorándose como una persona social y relacionamente incompetente. Todo ello, tarde o temprano, dañará otros aspectos de esa autoestima. La persona comienza a tener pensamientos tales como: “si no puedo comunicarme, ¿cómo podré trabajar?” (Autoestima laboral), “si no puedo comunicarme, ¿cómo podré ayudar a mis hijos con sus tareas?” (Autoestima familiar),... Poco a poco la persona ira limitando su actuación en esas áreas que, a su juicio, ya no puede realizar bajo ningún concepto. Paulatinamente el afectado se sentirá cada vez más incapacitado para las dimensiones de una vida normal. Llegado a este punto, es probable que se inicien dinámicas depresivas que si no son tratadas pueden convertirse en un factor limitante para la rehabilitación de las funciones lingüístico-comunicacionales.

5.2. Afectividad

A medida que la autoestima decrece, aparece un nuevo aspecto que experimenta cambios de naturaleza negativa, la afectividad. En términos psicológicos, sería la capacidad humana de experimentar respuestas emocionales a ciertos objetos, lugares o personas, y propiciar el acercamiento físico.

Como hemos mencionado antes, la persona ha entrado en una dinámica de autoinvalidación, donde no se siente capacitada para comunicarse con las personas cercanas y comienza a definirse como una carga familiar; esto es mantenido por la baja autoestima, que sucesivamente le otorga un feedback de incompetencia generalizada en áreas que antes eran significativas para él. En este momento el enfermo se aleja de forma paulatina de aquellas personas de su grupo primario (familia y amistades cercanas), diluye sus roles como progenitor, pareja, compañero, abuelo, hijo..., y los basifica hasta que desaparecen. Esta persona inicia un tránsito que lo aleja afectivamente de los suyos y que tiene como punto final el autoconfinamiento emocional y social. Es en este momento cuando empieza a aparecer el alejamiento físico de las figuras primarias, se omiten conductas románticas o afectivas como besos, abrazos, caricias, y el contacto físico se reduce al mínimo, así como el contacto visual directo (es frecuente que personas con una enfermedad más o menos incapacitante perciban compasión en los ojos de sus allegados, independientemente de que esa conducta se dé o no, ya que todo es producto del sentimiento de minusvalía y de indefensión). Es frecuente que el sujeto, en momentos de excesiva excitación (activación neurofisiológica),

se presente irascible, desafiante e incluso violento. Esa iracundia se presenta, sobre todo, cuando el afectado está siendo tratado para rehabilitar sus funciones lingüísticas y sus resultados son mucho menores que la expectativa que había configurado, dando lugar a una frustración que se manifiesta conductualmente en forma de irascibilidad.

También es frecuente que presente, relacionado con esta variable, sentimientos de culpa ante la enfermedad. Este hecho es más frecuente cuando la afasia viene producida por un daño traumático asociado a un accidente de tráfico, laboral, doméstico... además esto empeora si antes del accidente se avisó al enfermo de que su conducta era temeraria, o que debía tomar medidas alternativas a la hora de realizar una tarea (culpa sentida por un paciente tras sufrir un traumatismo craneoencefálico en un accidente de tráfico por no utilizar el cinturón de seguridad, habiendo hecho caso omiso y ridiculizando las campañas de tráfico, por ejemplo). La culpa es un aspecto peligroso en cualquier proceso psicológico y, más aun, si está acompañado de forma paralela de una enfermedad.

Llegado a este punto, el paciente no sólo siente que es una persona "incapaz" en el más amplio sentido de la palabra sino que además, se percibe como el causante de su mal y del legado que ha dejado a sus allegados. En este momento existe una posibilidad de que la persona se perciba como una carga innecesaria (puesto que el accidente, a su modo de ver, podría haberse evitado) y, que de la misma manera que adquirió la condición de enfermo, puede mitigar el daño hecho a su familia quitándose del medio utilizando un último recurso, el suicidio. Hay que mencionar que esta práctica tan sólo sería llevada a cabo por aquella población de personas que, debido a las características propias de su personalidad, ausencia de mecanismos de defensa o herramientas de afrontamiento, deciden llevarla a la práctica. El suicidio no debe verse como un peligro latente e inminente, pero ha de tenerse en cuenta llegado a un punto con el apoyo de una evaluación exhaustiva. Cabría hablar también de las consecuencias psicológicas, no del paciente, sino de la familia del mismo. Es un tema de una relevancia especial, y por esa razón se abordará posteriormente en un punto diferente.

5.3. Socialización

Por último, hablaremos de la esfera relacional. Aun siendo similar a la dimensión afectiva, ya que su evolución esta mediada por los mismos mecanismos y sentada sus bases en el sentimiento de invalidez, posee ciertas particularidades de especial importancia.

Se podría decir que la socialización es el aspecto menos cercano al propio enfermo (en función del control sobre el contexto, las

situaciones sociales extrafamiliares vienen dadas en forma de demandas del entorno, la mayoría de las ocasiones no son elegidas). Las relaciones sociales cuentan con tres elementos particulares: no son elegidas, no dan la seguridad y confianza de la unidad familiar, y son potencialmente nuevas ya que no responden a patrones o pautas acordadas dentro del seno de un grupo de pertenencia; este último elemento con algunos matices, ya que pertenecemos a un grupo en tanto en cuanto somos partícipes directos de él, el simple hecho de encontrarnos en un lugar específico con una función y con gente aleatoria con el mismo objetivo que nosotros, nos hace ser unidades de ese grupo (los clientes de un supermercado, por ejemplo).

No son situaciones elegidas en la medida de que, aunque decidamos ir a un lugar específico en un momento concreto, no podemos controlar los distintos eventos que allí tendrán lugar, ni podemos antever cuales serán los agentes de dichos eventos (personas, animales...). Mientras que para una persona con seguridad y certidumbre sobre sus capacidades esta situación no representaría ninguna barrera, para una persona con un trastorno del lenguaje que además está siendo mediatizado por sentimientos de invalidez, representa una situación enormemente problemática. Por regla general, nos sentimos cómodos, sin ansiedad, en situaciones que percibimos como conocidas o sobre las cuales tenemos realizado un aprendizaje sobre cómo afrontarlas. Es aquí donde entran en juego las estrategias de afrontamiento, patrones conductuales, formas de percibir y abordar la realidad que se configuran como esquemas mentales sobre cómo actuar ante una situación con características específicas. La pérdida de autoestima está ligada a la percepción de que dichas estrategias ya no son efectivas, o en el caso de que lo sean no merece la pena aplicarlas porque no son lo suficientemente potentes como para que incidan en el evento. La persona, paralelamente, comienza a experimentar cierta tendencia al escape, derivada del sentimiento de desvalimiento asociado a la enfermedad; esto es, si el sujeto se percibe como lingüísticamente incompetente, evitará entablar relaciones sociales que precisen de esta habilidad, con lo que poco a poco aprenderá a huir y a no exponerse a situaciones de este tipo. En “el mundo exterior” la sensación de vergüenza experimentada por la incapacidad de hablar correctamente se ve acrecentada, por el miedo al juicio ajeno o la sensación de ridículo, que aparecen y hacen de la persona un ser retraído y esquivo.

En ocasiones, y como consecuencia de su enfermedad, las personas con afasia desarrollan algún tipo de patología ansiógena, del estado de ánimo y adaptativos, tales como trastornos depresivos, crisis de angustia, agorafobias, fobias sociales, estrés crónico o agudo, conflictos de rol, trastornos de la identidad (dependiendo del grado en que el sujeto se definía en función de su facultad lingüística, un locutor de radio, por ejemplo).

Para terminar, debemos mencionar que no todos los sujetos que padecen un trastorno afásico se ven afectados por condicionantes psicológicos simultáneamente. Es frecuente encontrar personas afectadas que, de hecho, adquieren una fortaleza superior a la de sus propios familiares, y entienden la enfermedad como un suceso del cual se puede aprender algo; a este fenómeno se le llama resiliencia. La resiliencia es la capacidad de algunas personas de erguirse nuevamente tras haber sufrido un accidente (entiéndase no sólo la enfermedad, sino cualquier contratiempo de gravedad moderada y que marca un antes y un después en la vida del afectado y la de los que le rodean) y del que además logra extraer un aprendizaje, una nueva habilidad o resistencia útil para su vida futura. Son las personas con cierta sensibilidad emocional y con cierta predisposición a los trastornos ansiógenos los que desencadenan las consecuencias antes mencionadas.

6. Evaluación y tratamiento

Teniendo en cuenta todo lo anterior se hace necesario buscar una forma de evaluación y unas directrices de tratamiento que intenten abarcar todos los campos sintomáticos antes mencionados. Por esta razón debemos diferenciar dos perspectivas distintas para abordar las posibles consecuencias de la afasia por un lado la perspectiva clásica encargada de rehabilitar los signos orgánicos y la perspectiva cognitiva dedicada a la rehabilitación en base a puntos fuertes o débiles del paciente incidiendo directamente en los aspectos psicológicos afectados.

6.1. Evaluación clásica

Toda evaluación de esta índole tiene varios puntos en común:

1. Tareas de habla automática (recitar los días de la semana, los meses del año y contar rápidamente en voz alta).
2. Nombrar objetos presentes durante la evaluación (cualquier objeto que estuviera en la consulta sería susceptible a ser nombrado).
3. Nombrar imágenes (dotar de un nombre a imágenes presentadas en laminas o dibujos; otra modalidad es dar al evaluado una lámina donde se presenta una situación y pedirle que nombre las cosas que ve).
4. Emparejamiento de imágenes o figuras geométricas.
5. Asociación de palabras con imágenes.
6. Repetición de palabras, frases y oraciones complejas.

7. Comprensión de preguntas orales o escritas.
8. Señalar objetos (el evaluador nombrará un objeto y el evaluado señalará el objeto mencionado).
9. Señalar imágenes.
10. Realizar órdenes orales (el evaluador ajustará el grado de dificultad de la orden, concatenará tareas que el evaluado realizará, por ejemplo: ve a la cocina, coge un tenedor, ponlo en la mesa y siéntate en la silla de al lado de la puerta).
11. Lectura en voz alta (números, letras, palabras y frases).
12. Lectura de frases y párrafos, así como responder cuestiones sobre ellos.
13. Escritura al dictado (letras, palabras y frases).
14. Resolución de problemas aritméticos simples.

Evaluación cognitiva

La evaluación de este tipo no está centrada en la detección de deficiencias en competencias específicas sino en la búsqueda de puntos fuertes y débiles. Esto lleva a una categorización de la afasia laxa y sin etiquetas clasificatorias. El afectado no padece una afasia de un determinado tipo sino una afasia no especificada con una cantidad de síntomas particulares. El paciente goza de idiosincrasia. Áreas de afección que evalúa principalmente, para incidir sobre ellas:

1. Reinserción laboral

Existe una probabilidad moderada de reinserción en este ámbito. Los pacientes que tras el tratamiento mejoran por completo no tienen ningún tipo de limitación, pero los pacientes que tras la intervención no logran adquirir todas sus habilidades anteriores es muy posible que, o bien no logren incorporarse al mercado laboral, o lo hagan pero desempeñando una labor distinta a la que desempeñaban antes. Uno de los roles por los cuales nos definimos es por nuestra vida laboral, somos estudiantes, banqueros, tenderos... La inmensa mayoría de los empleos precisan el uso del lenguaje, Y una persona que perdió esa facultad no sólo pierde la posibilidad de trabajar, sino que pierde una parte de su identidad. Por otro lado, la reinserción laboral en tanto en cuanto sea alcanzada es uno de los elementos más satisfactorios de la intervención para el paciente; si la persona es capaz de retomar su rutina laboral, experimentará sentimientos de valía que incidirán en una mejora generalizada, al menos en lo que a motivación y estado de ánimo se refiere.

2. Reinserción social

La reinserción social es otro de los pilares de la intervención. Salvo que la persona quede totalmente recuperada, esta área permanecerá afectada durante toda la vida. Se podrían establecer tres

grados dentro del pronóstico para este objetivo. Leve, donde la persona se siente incómoda con el ritmo de las conversaciones normales y con las interferencias sonoras de la calle (tráfico, alarmas, murmullos,...); se da cierto retraimiento social voluntario, se siente más cómodo conversando en un ambiente silencioso en el que el tiempo no apremia y con la seguridad que le proporciona gente de confianza. Moderado, donde la persona restringe su participación fuera del círculo de gente de confianza, evitando las conversaciones innecesarias; en contrapartida, estas personas suelen experimentar altas tasas de motivación, superan el duelo por su facultad de habla perdida, e intentan buscar nuevas formas de expresión como la pintura, escultura y demás formas artísticas. Grave, donde el afectado vive la vida y su enfermedad como algo anodino y vacío de contenido; viven trivialmente, al margen de todo, y carecen de perspectivas de mejora, recuperación y de futuro en general.

7. Afasia y familia

Si hacemos una interpretación de la familia desde la psicología estructural debemos comprender que un problema que afecta a uno de los miembros es un problema que afecta al funcionamiento de toda la unidad familiar; dicho de otra manera, si aparece una enfermedad en uno de los miembros de la familia es muy posible que la familia en su totalidad experimente cambios y tenga “síntomas” a causa de esa enfermedad. La patología se podría considerar como una crisis que amenaza al sistema y por ello se ponen en marcha medidas que redefinen el mismo para garantizar su continuidad. Aun siendo ese el fin de dichas medidas, es posible que de forma bienintencionada esas acciones generen un desequilibrio mucho mayor al anterior causado por la propia enfermedad, haciendo enfermar no sólo al paciente sino a la totalidad del sistema familiar y dañando así su anterior bienestar o equilibrio. Las familias no reaccionan de manera única ante la afasia, es decir, no existe ningún patrón concreto de respuesta hacia esta enfermedad, esas estrategias se ponen en marcha en función de las características del sistema familiar. Factores como la etapa del ciclo vital del afectado, roles familiares, nivel socio-cultural, habilidad comunicativa familiar... son elementos a tener en cuenta para determinar cuál será la posible respuesta.

La aparición de la afasia produce cambios en el estilo de vida, comienzan a redefinirse las prioridades y las necesidades familiares. Al igual que las medidas adoptadas para paliar la degradación del sistema familiar, estas también pueden ser funcionales o disfuncionales. Lo que determina la adaptabilidad de la medida adoptada es la ansiedad que genera a los miembros de la familia y la tensión que aporta al sistema. Se ha de prestar especial atención a este factor,

reconocer los elementos disfuncionales ayudará a poner en marcha respuestas más adaptativas antes de que las malas opciones tengan consecuencias.

A nivel general se dan dos actitudes generales de la familia frente a la afasia. Por un lado, existe la tendencia a escoger las tareas en función de las necesidades del enfermo, es decir los límites de las acciones vienen dados por las limitaciones del afectado. Esto es propio de familias altamente conexas. Esta forma de actuar frente a la enfermedad absorbe una enorme cantidad de recursos de la familia (económicos, afectivos, de espacio y tiempo) llegando incluso a anteponer las necesidades del enfermo frente a las propias. En otro orden nos encontramos una tendencia totalmente opuesta. En esta perspectiva la familia no relaciona sus conductas normales con las necesidades del enfermo, quedando “libres” de la responsabilidad que supone. Esto dota al afectado de una mayor autonomía y un sentimiento de valía personal mucho más grande que en el caso anterior. Como aspecto negativo se debe mencionar que en muchas ocasiones toda la responsabilidad es delegada a una sola persona que adquiere el rol de cuidador único, esto lleva al anegamiento personal de ese cuidador que, en ocasiones, pierde su propia autonomía, ahora supeditada a las necesidades del paciente afásico.

La mejor baza de la familia en estos procesos es la flexibilidad de la familia y la capacidad de adaptación ante nuevas situaciones. Metafóricamente hablando podríamos decir que no es buena opción declararse ciudadano exclusivo de ninguno de los dos países, es mucho más sabio adquirir la doble nacionalidad de estas dos actitudes ante la enfermedad.

A nivel socioeconómico poco se puede hacer desde el punto de vista de los profesionales de la salud, ya que en la mayoría de los casos pasa por un reajuste de necesidades de cada uno de sus miembros. Donde sí se puede incidir es en los aspectos asociados a la enfermedad desde el punto de vista de las ciencias de la salud. Uno de esos aspectos es la estabilidad emocional, que se ve dañada de múltiples maneras: depresión, ansiedad, baja autoestima,... Todo ello se da en un contexto de duelo ante la habilidad perdida, el lenguaje.

En la actualidad estamos acostumbrados a hablar de duelo siempre que perdemos a uno de nuestros seres queridos, pero también aparece cuando se pierde un sueño, un ideal o, en nuestro caso, una capacidad como el lenguaje. De esta manera, podemos concluir que los modelos de duelo son una buena manera de explicar de qué manera y en qué grado afecta la pérdida de lenguaje al sistema familiar. Uno de esos modelos es el propuesto por Elizabeth Kubler Ross, donde el duelo se divide en cinco fases mediante las cuales explicaremos como vivirían la familia esta experiencia:

Fase de negación

Esta es la primera fase, el momento en el que la persona padece de manera abrupta, crítica y aguda. Es cuando la persona y la familia reciben la noticia de lo que le ocurre al paciente. Se comienzan a dar sentimientos de incredulidad en los que no se asume la presencia del problema, se achaca todo a un mal diagnóstico, una condición transitoria, e incluso que nada de ello está pasando o que “todo es un sueño”... La situación se desvirtúa y supone una ruptura con la realidad, una descontextualización. Otra perspectiva es la de la familia del afectado. No es extraño que se den sentimientos de cólera e ira incluso hacia el paciente, sobre todo si el desencadenante de la afasia es la negligencia del propio afectado en un momento pasado. También puede hacer acto de presencia la no aceptación entre los miembros de la familia, negando la patología de su ser querido.

Fase de ira

Existe un momento donde la negación cesa y comienza a aflorar toda la ira, resentimiento y frustración oculta en la etapa anterior. La persona se vuelve exigente e intransigente. Esto hace especialmente complicada la convivencia y puede amenazar la estabilidad familiar. Nadie queda exento de estos sentimientos, la familia comienza a dar signos de cansancio. Maticemos que el proceso terapéutico es arduo y largo, con lo que los signos de cansancio aparecerán y en ocasiones pasarán factura, pero ello no implica que surjan de manera inevitable. Nos encontramos en un caldo de cultivo óptimo para que resentimientos pasados o conflictos familiares mal resueltos reaparezcan.

Fase negociación

En esta fase la persona ha descargado todo el resentimiento contenido y comienza a racionalizar lo ocurrido y a buscar soluciones. Esas soluciones no son reales, sino que son “negociaciones con la enfermedad”, rituales que el sujeto y su familia piensa (e incluso pone en marcha) para evitar que la afección avance o para que desaparezca. La negociación se hace en ocasiones no con la enfermedad sino con algún “ente superior” con el fin de que esa enfermedad desaparezca. Esto ocurre siempre y cuando exista un pensamiento místico o religioso asentado. Se podría definir como un reconocimiento de la enfermedad y una motivación de cambio, pero mal dirigido a conductas que no afectan a la mejora o empeoramiento de la vida familiar o del paciente en sí.

Fase de depresión

La familia descubre en este punto que su negociación no ha dado resultado. Aparecen sentimientos de tristeza, desaliento, derrotista. Se produce un aislamiento progresivo que lleva a quien padece esta situación a no salir de casa, evitar el contacto con el enfermo (en el caso de la familia) o con la familia (en el caso del enfermo). En este momento es cuando se es más vulnerable a sufrir algún tipo de crisis depresiva. El contexto puede verse como abrumador, desafiante y sobrepasante. Las demandas se interpretan excesivamente complicadas o inservibles como para realizarlas. Es el momento donde mayor peligro existe de abandono terapéutico. También puede afectar a otras esferas de la vida de la familia ya que no sólo rompe la estabilidad interna como sistema, sino que fractura la estabilidad con otros sistemas externos a ellos.

Fase de aceptación

Aunque en los escritos originales el duelo estaba aplicado a la muerte, a la aceptación de que ocurrirá, en el caso de la afasia es un poco distinto. Todos los miembros de la familia asumen la nueva condición del afectado de afasia y comienzan a poner en marcha comportamientos verdaderamente terapéuticos; el afásico comienza a gozar de autonomía en ciertos aspectos, quitándose el estigma de enfermo. Es el momento donde la familia se reestructura, el problema se reorganiza y se ponen en funcionamiento mecanismos familiarmente estereotípicos ajenos a la enfermedad. Sin duda ninguna es la etapa óptima para buscar objetivos terapéuticos claros, realistas y motivantes. Los pensamientos sobre la limitación están presentes pero se reinterpretan como una característica más que no devalúa a la persona (miedo frecuente entre familiares y enfermos para con esta y otras patologías).

El periplo que se sigue hasta este punto es largo y no todos los miembros que componen la familia desarrollan el duelo ni de la misma manera ni en el mismo tiempo. Es preciso estar atento a todos y cada uno de los componentes del sistema familiar para garantizar un correcto tránsito por este evento.

En resumen la persona afásica y su familia se ven afectados por la enfermedad de forma general. La unidad familiar percibe el evento como una ruptura con su vida anterior, experimentan un cambio de sentimientos, de conductas, que de alguna manera repercuten de forma negativa en la vida de todos ellos. Comienzan a aparecer conductas de sobreprotección y distanciamiento (se dan sentimientos ambivalentes). El alejamiento emocional y físico, la pérdida de la vida sexual, el autorechazo cuando existe algún tipo de parálisis...

son fenómenos que minan la unidad y hacen de la enfermedad algo más inabordable. Las parejas jóvenes tienen menor probabilidad de tolerar de forma unida la enfermedad. Los hombres tardan más en aceptar la condición afásica de sus parejas, o su propia condición de enfermos.

La familia tiene gran importancia para el proceso terapéutico, porque aporta ciertas ventajas que no se pueden alcanzar de ningún otro grupo social al que pertenezca el enfermo. Uno de los contextos donde más sufre el afectado y sus allegados es la unidad familiar; cambios de humor bruscos, alejamiento, sentimientos de aislamiento...son algunas de las cosas que pueden ocurrir al sufrir esta enfermedad. En contrapartida, la familia, puede ser un potente recurso terapéutico que desempeña un rol específico dentro de la rehabilitación del paciente.

En primer lugar es de especial importancia, tanto para la familia como para el sistema público sanitario, el hecho de que la unidad familiar se involucre en el tratamiento ya que resulta una terapia muy económica tanto en recursos como en tiempo. La familia es entrenada en pautas terapéuticas para que se dé una rehabilitación continua sin necesidad de que este un terapeuta presente. De la misma forma, debemos cuidar el contexto conversacional en el que el afectado desarrolla su actividad normal y diaria. La conversación puede ser un problema cuando se desenvuelve en un entorno desconocido o que no se controla, con lo que de manera inicial es ligeramente contraproducente exponer al enfermo a una situación de tal intensidad. El problema reside en que la forma de rehabilitar es a través de la comunicación fluida. La familia cumpliría este papel con la ventaja de que es un entorno conocido, ajustado y en el que el paciente posee cierto grado de control. También es importante no sobreadecuar el habla al paciente, este hecho hace que la persona se sienta distinta y alejada de la buscada "normalidad". Para ello es importante hablar con naturalidad y con la pragmática natural para una persona de la edad del afectado, aunque resulta útil modular en cierto grado el tono, timbre y ritmo sin desvirtuarlos en exceso. Todo lo anterior ayuda a maximizar la atención y comprensión de la conversación, interlocutores y claves del lenguaje. Puesto que la terapia se realiza en el propio núcleo familiar, la relación entre el enfermo y sus rehabilitadores es simétrica u horizontal. Esta cercanía motiva al paciente para el cambio y afronta la terapia con más expectativas de mejoría pero más ajustadas a la realidad. Por último y más importante si cabe que todo lo anterior, está un efecto beneficioso que se da al tanto de la inclusión de la familia en la terapia. Durante este proceso no sólo es cometido del profesional dirigir al afectado por el trastorno afásico a la mejoría, también es importante garantizar que el contexto que se pueda haber visto modificado por la enfermedad vuelva a su normalidad original. Esto transmite que durante la reha-

bilitación no sólo mejora el afectado sino también su familia, creando sentimientos de validez bidireccionales que atañen a ambas partes.

Podemos concluir que la familia reporta beneficios claros al tratamiento del afectado de afasia, retribuciones que de otra manera no acontecerían para un paciente en la misma situación pero en el que la familia no tomara parte en su recuperación.

Referencias

- CUETOS, F. (1998). *Evaluación y rehabilitación de las afasias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- , GONZÁLEZ NOSTI, M^a. JIMÉNEZ MARTÍNEZ, L., MANTIÑÁN, N., OLMEDO, A., DIOSES CHOCANO, A., (2010). ¿Síndromes o síntomas en la evaluación de los pacientes afásicos? *Psicothema*, 22, 715-719.
- FERNÁNDEZ SANGRADOR, J. J. (2007). *Logopedia y familia*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- FERNÁNDEZ ORTEGA, M.A. (2004). Impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47, 251-254.
- GONZÁLEZ, M.; ADRIÁN, J. A.; CAMACHO, M^a del M. y LÓPEZ, A. (2002). El uso de la terapia logopédica por ordenador en la rehabilitación de la anomia. *Congreso internacional de Foniatría, Audiología, Logopedia y Psicología del Lenguaje. Aportaciones al comienzo de un nuevo siglo*.
- KOLB, B. y WHISHAW, I. Q. (2006). *Neuropsicología humana (5^a ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- LEÓN-CARRIÓN, J. y VIÑALS, F. (1999). Evolución de la recuperación de un paciente de accidente cerebrovascular con afasia anómica. *Revista Española de Neuropsicología*, 4, 21-29.
- MARTÍNEZ SÁNCHEZ, J. M. (2008). Neurolingüística: patologías y trastornos del lenguaje. *Revista Digital Universitaria*, 12.
- ORTIZ CÉSPEDES, L. (2010). *La familia, su rol en la terapia del afásico*. La Habana: Hospital Julio Díaz.
- PEÑA CASANOVA, J. (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- QUINTANAR ROJAS, L. (2002). Breve historia del estudio de las alteraciones del lenguaje. *Revista Española de Neuropsicología*, 1, 7-14.
- ROBLES, A. (2002). Trastornos adquiridos del lenguaje. *Congreso Internacional de Foniatría, Audiología, Logopedia y Psicología del Lenguaje. Aportaciones al comienzo de un nuevo siglo*.

- ROSELL CLARI, V. y MIRALLES ADELL, J. L. (2002). La utilización del verbo en pacientes afásicos en habla espontánea en castellano. *Congreso Internacional de Foniatría, Audiología, Logopedia y Psicología del Lenguaje. Aportaciones al comienzo de un nuevo siglo.*
- RUBIO, F. (2002). Cerebro y lenguaje: técnicas de neuroimagen. *Congreso Internacional de Foniatría, Audiología, Logopedia y Psicología del Lenguaje. Aportaciones al comienzo de un nuevo siglo.*
- VENDRELL, J. M. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. Actas del congreso virtual de neuropsicología. *Neuropsicología del lenguaje, 980-986.*