

# Reeducación del lenguaje

**J. M. Wirotius**

**C. I. Gérard**

**C. Plassiard-Choisat**

## Introducción

La evaluación y la reeducación de los trastornos de la comunicación, del lenguaje y de la palabra ocupan un lugar esencial en el tratamiento de los pacientes, en las unidades de medicina física y de readaptación funcional. Los logopedas encuentran un campo de acción profesional privilegiado, abierto al conjunto de las funciones cognitivas (lenguaje, pero también memoria, atención, percepción, etc.) y que los incluye en un equipo interdisciplinario. Los niños y adultos, sobre todo los ancianos, se ven afectados por las patologías del lenguaje. La dimensión reeducativa tradicional, centrada sobre todo en la consideración del código lingüístico, debe abrirse a la modernidad e integrar el campo de las incapacidades y de las minusvalías a la búsqueda de las dimensiones funcionales de la comunicación.

En la actualidad, la reeducación del lenguaje es uno de los aspectos importantes en el tratamiento de los pacientes discapacitados, particularmente en aquellos que presentan lesiones cerebrales.

Los profesionales que se dedican al lenguaje y la comunicación en las unidades de medicina física y de readaptación funcional son numerosos, y cada uno interviene en la evaluación, el seguimiento y la terapéutica.

Se propone analizar por separado los trastornos del lenguaje en el adulto y en el niño. Estas dos situaciones son diferentes en cuanto a la evaluación, a las patologías causantes y al tratamiento. La edad es un elemento importante en lo que respecta a la tipología de los trastornos y a los modos de evaluación y de tratamiento. El anciano puede presentar todas las patologías mencionadas para el adulto, pero también puede desarrollar trastornos específicos en determinadas situaciones como las demencias.

Jean-Michel WIROTIUS: Médecin rééducateur.

Cécile PLASSIARD-CHOISAT: Neuropsychologue.

Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital de Brive, 19100 Brive.

Christophe-Loïc GÉRARD: Médecin rééducateur.

Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Robert-Debré, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris.

## Lenguaje y comunicación

Los trastornos del lenguaje corresponden a tres situaciones que deben diferenciarse en la práctica clínica y que se refieren a la comunicación, al lenguaje y a la palabra.

### Regulación de la comunicación

En este enfoque, el concepto de comunicación se utiliza de forma restringida. Se refiere a los mecanismos de interacción que se instauran desde el momento en que un individuo se encuentra en presencia de otros. Está representada, sobre todo, por los gestos [5].

Estos conceptos se refieren a diversos capítulos de las ciencias humanas que conciernen de un modo más específico a la psicología, a la sociología del cuerpo y al pragmatismo del lenguaje (las reglas de la conversación en su forma ritual).

El término regulación introduce la idea de un ajuste recíproco entre los interlocutores, en cuyo marco cada individuo se comporta en respuesta a la conducta del otro.

### Comportamiento gestual culturalmente determinado

Existen diferencias interculturales significativas. El encuentro de dos individuos induce de forma automática conductas que no son espontáneas en absoluto sino que, al contrario, son aprendidas.

### Comportamiento gestual inconsciente

Hay que añadir a este concepto, las formas de regulación de la comunicación, comunes a todas las personas. Sin embargo, los procesos que la determinan y, en consecuencia, sus disfunciones no pueden ser identificadas por el paciente, el cual sólo percibirá un malestar o una dificultad para ejecutar sus propias conductas. Culpará al prójimo o a sí mismo, pero no puede acusar al propio proceso de comunicación (cuadro I). Pueden distinguirse tres dimensiones en la comunicación: dimensión espaciotemporal, interactiva y lingüística. La codificación de la comunicación es compleja y responde a la organización de conjuntos de significaciones interdependientes (lenguaje, prosodia, gesticulación, etc.). Aquí, el enfoque sistémico es decisivo puesto que existen tres factores clave de esta comunicación: el principio de interacción,

## Cuadro I.– Escuela de Palo Alto [28].

La escuela de Palo Alto (nombre de una pequeña ciudad californiana) incluye a varios autores como Bateson, Watzlawick, Hall, etc. y constituye un «colegio invisible» cuyos trabajos han influido en el campo de la comunicación.

Algunos axiomas de la comunicación:

- la comunicación es una acción (verbal y no verbal);
- no es posible no comunicar;
- cada individuo obedece permanentemente, y de manera inconsciente, a las reglas de la comunicación.

el principio de totalidad y el principio de retroacción (cuadros II y III).

## Lenguaje, lengua y palabra

El lenguaje es la facultad propia de la especie humana de comunicar por medio de una lengua, la cual se define, en el aspecto lingüístico, como un código que se articula en monemas y fonemas. Las lenguas son, en principio, lenguas orales.

La práctica del lenguaje en un momento dado por un emisor, en una situación definida por el momento y el lugar, se denomina palabra. La palabra es un acto individual siempre único y la lengua es un código genérico que comparte una determinada comunidad lingüística (cuadro IV).

Deben diferenciarse los trastornos del lenguaje de los de la palabra puesto que, en clínica, los dos tipos de trastornos corresponden a situaciones muy diferentes.

Existe un cuadro clínico intermedio que se denomina «síndrome de desintegración fonética». Es un trastorno raro.

Las posibilidades semióticas del emisor son de tres tipos: el lenguaje hablado, el escrito y el gestual. La importancia respectiva de estas tres formas de comunicación depende de las situaciones de la vida y de las disponibilidades de cada individuo.

## Desarrollo del lenguaje

El desarrollo del lenguaje del niño se describe tradicionalmente en fases cronológicas [19].

El período preverbal corresponde al primer año de vida. Es una etapa compleja en la que la comunicación es rica en complementos emocionales y físicos. Hacia el segundo mes aparece el balbuceo y, a partir del sexto mes, las producciones se enriquecen en consonantes, al aparecer las sílabas repetidas. Es el balbuceo canónico. Las primeras palabras identificables aparecen entre los 12 y los 18 meses.

Al final del primer año, el niño une dos palabras construyendo así las primeras frases.

Entre los 2 y los 6 años, se desarrolla la capacidad para articular y se instaura el sistema fonológico. Paralelamente, el vocabulario se amplía y los vínculos semánticos evolucionan hacia una mayor abstracción. Los procedimientos sintácticos se adquieren y se generalizan al conjunto de las producciones. El desarrollo del lenguaje se continúa con la adquisición de la lengua escrita y el aprendizaje del meta-lenguaje (hablar con el lenguaje del lenguaje) (cuadro V).

## Consideraciones generales

### Reeducación del lenguaje: una práctica discutida

Se discuten las formas, la intensidad, la duración y, a veces, la eficacia del tipo de tratamiento individual. Esta aproximación se considera en términos de eficacia sobre los déficits lingüísticos. Estas deficiencias dependen claramente de las lesiones y el solo hecho de tenerlos en cuenta no servi-

## Cuadro II.– Los cuatro principios de la comunicación.

De acuerdo con Winkin [29] se pueden proponer cuatro principios.

- La comunicación es un fenómeno determinado socialmente. Agrupa un conjunto de reglas y de códigos que permiten regir las conductas interpersonales en una misma cultura.
- Las vías utilizadas para asegurar esta comunicación social son sobre todo no verbales y hacen referencia en el plano descriptivo a la cinésica (de Birdwhistell), a la proxemia y a los fenómenos paralingüísticos (prosodia, etc.). La proxemia es la manera en la que regulamos las distancias interindividuales; las normas de orientación de las miradas tienen variaciones interculturales muy sensibles que acarrear malentendidos.
- La interacción es el motor de la comunicación. La comunicación se entiende como una conexión permanente entre las reacciones de los interlocutores.
- Lo que inicia los procesos de comunicación es la presencia misma del otro.

## Cuadro III.– Cinésica [1].

En 1950, L. Birdwhistell propuso un sistema de gestos según el modelo de la fonología.

- La primera articulación corresponde al cinema (análogo al fonema) que al combinarse da lugar a los cinemorfemas (análogo al morfema).
- El cuerpo está dividido en ocho secciones con símbolos de base para retranscribir esta gestualidad (cabeza, cara, tronco, hombro-brazo-puño, mano-dedo, cadera-pierna-tobillo, pie-marcha y cuello).
- El cuerpo es visto como portador de una gestualidad explícita que conviene transcribir en un código escrito.

## Cuadro IV.– Conocer mejor la lingüística [9, 15, 18, 33].

La lingüística es el estudio científico del lenguaje humano.

Comprende diferentes disciplinas: la fonética, la fonología, la morfología, la sintaxis, la semántica, la lexicología, la pragmática, etc.

ría para resumir el enfoque reeducativo. Debe añadirse el aspecto de las incapacidades y de las minusvalías.

Esta presentación más bien crítica de la reeducación del lenguaje no tiene sentido en el contexto global de la reeducación funcional. En el resto del campo de la reeducación, se ha podido sobrepasar este enfoque demasiado limitado. Por ello es que el clínico experimentado no siempre considera pertinentes los modelos publicados que evalúan las prácticas reeducativas [25].

Deben destacarse dos puntos:

— la recuperación (en sentido estricto) depende de la evolución de la lesión. Si ésta persiste, el trastorno lingüístico se mantendrá y la semiología diagnóstica clásica será duradera y estable. Este concepto básico en el campo de la reeducación debe ser recordado para tratar los trastornos del lenguaje. Habitualmente, se olvida o se minimiza la dependencia lesional de los trastornos;

— debido a su pertinencia diagnóstica, la semiología médica clásica es incapaz de evaluar la evolución de los pacientes si su lesión permanece estable [31]. Debe recurrirse a la semiología funcional, la cual aún está por elaborarse, en particular en cuanto a los aspectos relacionados con el lenguaje y las funciones superiores (fig. 1).

Deben conocerse los trastornos en el sentido de sus características funcionales para intentar limitar el déficit a sus componentes inevitables. Los primeros déficits relacionados directamente con la lesión pueden ocasionar otros trastornos consecutivos. Esta dimensión terapéutica se ha desarrollado poco en reeducación del lenguaje, a excepción del agramatismo.

El tratamiento de los trastornos del lenguaje es indispensable en el marco de la reeducación. Es importante no limitarse a

**Cuadro V.**– Etapas del desarrollo del lenguaje.

Edad en meses	Comunicación	Observación
0-2	Gritos y llantos	Primer balbuceo
> 2	Emisión con predominancia de las vocales	
> 6	Producciones enriquecidas con consonantes. Segmentación en sílabas	Balbuceo canónico
> 9	Período transitorio hacia la comunicación verbal	Intención de comunicar
12 (1 año)	Primeras palabras reconocibles	Protopalabras
12-24	Desarrollo de las capacidades expresivas Desarrollo de la sintaxis	
24 (2 años)	Asocia dos palabras	Primeras frases
30	el «yo»	
72 (6 años)	Coordinación de los movimientos articulatorios Aumento del número de palabras	Sistema fonológico completo Capacidades de léxico

**Cuadro VI.**– El niño y la patología del lenguaje [12].

Los trastornos de la palabra, del lenguaje y de la comunicación son frecuentes en los niños en edad preescolar.

El 41 % de los 1 090 niños examinados en el *child development center* de Tel Aviv de 1984 a 1988 presentaba trastornos del lenguaje.

- Los trastornos del desarrollo son los más frecuentes (93 %) con el 49 % de trastornos que incluyen la expresión y la comprensión y el 44 % solamente la expresión.
- Los trastornos cognitivos centrales son mucho más raros (7 %).

No se halla asociación con el nivel cultural de los padres en los niños que presentan un trastorno del lenguaje.

Es necesario asegurar el tratamiento de los individuos gravemente discapacitados por un trastorno del lenguaje, sean cuales sean sus aptitudes. Incluso cuando la reducción lingüística es importante, no se deberá dejar al afásico y a su familia solos frente a sus dificultades.

**Calendario de la reeducación**

No existe ningún calendario ideal para el tratamiento de los trastornos del lenguaje.

Es conveniente que la toma de contacto con los pacientes y sus allegados sea muy precoz para poder elaborar de forma rápida el proyecto de tratamiento que dependerá mucho de la gravedad de las deficiencias. El seguimiento suele ser prolongado. Este tiempo suele medirse en meses (12 meses, 18 meses, etc.). Los criterios de suspensión del tratamiento son siempre difíciles de proponer, más aún si los objetivos de la reeducación no se han expuesto claramente al paciente y a sus familiares. La espera de la recuperación en ocasiones no tiene fin.

Debe mantenerse el contacto periódico entre los profesionales y los pacientes; éste puede ser de varios tipos. Puede consistir en la práctica de un estudio anual, la participación en un grupo de lenguaje, etc.

**Profesionales e instituciones**

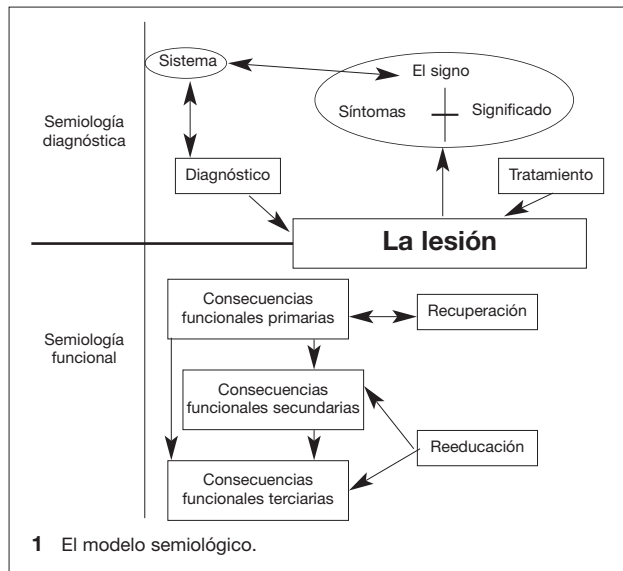
Hoy en día, la presencia de los logopedas es corriente en las unidades de reeducación. En estas unidades, su campo de acción y de intervención, en función de la naturaleza compleja de las funciones cognitivas, sobrepasa ampliamente al campo del lenguaje para dedicarse a las funciones superiores (atención, memoria, cálculo, etc.).

Otros profesionales de las unidades de medicina física y de readaptación funcional intervienen en este mismo campo: los neuropsicólogos, los especialistas en psicomotricidad, los ergoterapeutas, los kinesiterapeutas, etc. De hecho, todos los que intervienen en un tratamiento interdisciplinario integran sus respectivos dominios de competencia para asegurar la misma implicación en el tratamiento de un objetivo común.

La disciplina médica correspondiente (medicina física y de readaptación funcional) ha demostrado un creciente interés por la neuropsicología, debido a la importancia que tienen hoy en día en estas unidades de cuidados los pacientes con lesiones cerebrales. En épocas diferentes, han ido apareciendo nuevos campos patológicos para esta disciplina. En la actualidad, las patologías se han diversificado tanto en lo que atañe a las lesiones responsables de las incapacidades como en cuanto a la edad.

No existen argumentos decisivos y consensuados para elegir las formas de organización de la reeducación de los trastornos del lenguaje:

- reeducación individual o en un centro especializado;
- por una persona especializada en neuropsicología o un profesional especializado en los trastornos del lenguaje.



1 El modelo semiológico.

las deficiencias del código lingüístico sino ir hacia consideraciones mucho más pragmáticas y tomar en cuenta las incapacidades del paciente. La reeducación del lenguaje, al igual que ocurre con los otros aspectos de la patología, no puede limitarse a las deficiencias. El trabajo sobre la comunicación y su eficacia es siempre indispensable.

Los individuos afectados y sus allegados suelen estar muy motivados por un tratamiento de reeducación. Es conveniente poder ajustar los puntos de vista de los equipos asistenciales y de los pacientes para evitar el rápido desgaste de los terapeutas. La negación inicial de los trastornos, el desconocimiento de la afasia y la eventual anosognosia representan dificultades para el seguimiento de los pacientes.

Por otra parte, el individuo y sus familiares tienen que poder adaptarse a las nuevas posibilidades de intercambios y de comunicación. Es indispensable formar e informar a los allegados.

Las consideraciones materiales de base, como la disponibilidad de los profesionales, su alejamiento geográfico, las posibilidades de que el tratamiento sea cubierto por un seguro, etc., cuentan también a la hora de organizar el tratamiento.

Cuestiones previas al tratamiento por reeducación:

— la toma de conciencia del problema por parte del individuo y su entorno. La falta de conciencia del trastorno puede ser de origen lesional (anosognosia) o psicológico (negación);

— las aptitudes del individuo para adaptarse a esta nueva situación lingüística. ¿Está en condiciones de efectuar aprendizajes? ¿en qué aspectos? Los grandes desórdenes afásicos se acompañan de un déficit de todos los componentes semióticos para la lengua escrita y la lengua gestual y no permiten evitar la deficiencia.

## Niño

Los campos de intervención en la reeducación del lenguaje de minusválidos son muy numerosos.

Cualquier patología precoz que afecte el desarrollo de un niño se traducirá en trastornos de la comunicación y del aprendizaje. La presencia del logopeda en los equipos de reeducación infantiles es imprescindible.

La patología del lenguaje que se encuentra en el niño va más allá del dominio de la medicina física y de readaptación funcional. No se tratarán aquí, por ejemplo, el cuadro de la patología ORL (sordera, implantes cocleares, etc.) o los trastornos psiquiátricos (cuadro VI).

Deben considerarse dos dificultades en el tratamiento de los trastornos del lenguaje en el niño, lo cual es determinante cuando un retraso en el lenguaje es un trastorno:

— la queja subjetiva del niño es poco frecuente;

— la evaluación es compleja desde el punto de vista técnico debido al gran número de variables que entran en juego.

Esta evaluación posee una función diagnóstica y pronóstica. Para los trastornos del desarrollo de la comunicación, se diferencian las evaluaciones que se refieren a las normas, cuyo fin es diagnóstico y pronóstico, y las evaluaciones que se refieren a los criterios, y que determinan, basándose en un currículum estándar, lo que le falta actualmente al niño. Ello ayuda a la formulación de los objetivos funcionales de reeducación.

### Esta intervención puede ser preventiva, curativa o sustitutiva

#### Acción preventiva

Se ha puesto de relieve gracias a los programas denominados de intervención precoz, desarrollados a partir del inicio de los años 1970, para los niños considerados de riesgo en cuanto al desarrollo. Muchas de estas intervenciones se inspiran en modelos transaccionales que se han desarrollado para explicar la multiplicidad de factores que intervienen en la potencialización del riesgo: factor biológico y factor ambiental.

El ejemplo más significativo es el de los niños que han salido de las unidades de cuidados intensivos cuyo déficit neuromotor no es evidente todavía, pero cuyos riesgos de trastornos cognitivos del desarrollo se han demostrado en múltiples ocasiones mediante estudios longitudinales.

Las intervenciones precoces se refieren, por una parte, a las eventuales dificultades orofaciales detectadas muy pronto y, por otra, a las dificultades de acceso a la experiencia lingüística en relación con los problemas posturales, oculomotores y de atención que manifiestan muy pronto estos niños.

Cuadro VII.— Diferentes trastornos neuropsicológicos.

	Auditivo/tiempo	Visual/espacio
Lenguaje	Afasia	Agrafía
Memoria	Amnesia verbal	Amnesia visual
Percepción	Agnosia auditiva musical	Agnosia visual
Atención		Heminegligencia
Cálculo	Acalculia	
Gestualidad	Apraxia	

Estas acciones se practican ambulatoriamente, pero deben basarse en la educación de las familias y de los equipos educativos para desarrollar los requisitos previos a la comunicación: control del *input*, estimulación a través de juegos interactivos no verbales y mediante juegos simbólicos.

Muchas de estas intervenciones se han codificado a partir de la experiencia de las intervenciones precoces en los niños trisómicos.

#### Acción curativa

Se dirige a los trastornos disártricos y a las raras afasias infantiles que se ven en los servicios de reeducación del niño.

##### Disartria

La eficacia de las acciones sobre la disartria depende de la importancia de las afectaciones del código lingüístico y, sobre todo, del trastorno del desarrollo intelectual a menudo asociado al cuadro de parálisis cerebral. La intensidad de estas acciones y especialmente su duración, a expensas de acciones más sustitutivas, con frecuencia son más difíciles de determinar en estas condiciones.

Estas prácticas son aún más difíciles de llevar a cabo puesto que el niño desarrolla espontáneamente comportamientos de oposición en relación con los enfoques directos de las dificultades articulatorias.

A menudo hace falta multiplicar la búsqueda de modos de facilitación y, sobre todo, las retroacciones para concretar en el niño el objetivo que se persigue con estos ejercicios: ayuda cinestésica, ayuda del espejo, representación gráfica del gesto y entrenamiento al ritmo o a través de la melodía.

##### Afasia

En la fase inicial, las intervenciones de tipo reeducativo difieren poco de las acciones que se efectúan para recuperar la palabra en el adulto. A continuación, interviene la acción del logopeda para rehabilitar y canalizar la oralización. A menudo, está limitada por los trastornos del comportamiento y por la dificultad para predecir los trastornos cognitivos asociados que sólo pueden expresarse de forma diferida debido a la falta de maduración de las estructuras nerviosas eventualmente afectadas.

Por eso es que la reeducación con frecuencia debe prolongarse más allá de la aparente recuperación del verbalismo. El pronóstico de las afasias del niño está relacionado, sobre todo, con las dificultades de aprendizaje escolar que se observan con frecuencia con mucho retraso.

#### Acción sustitutiva

Ocupa un lugar muy importante en la intervención de los logopedas en los servicios de niños con parálisis cerebral.

Se dirige a niños que presentan cuadros complejos que constan de trastornos neuromotores graves y dificultades cognitivas difíciles de evidenciar dada la incapacidad que tienen estos niños para actuar a través de la palabra o del gesto.

En los últimos años, se han hecho muchos esfuerzos para facilitar el acceso de estos niños a los medios de comunicación de base simbólica.

La elección del código y de la progresión en el manejo del mismo continúa siendo objeto de discusiones importantes. Cuando se empieza el tratamiento de un niño, el pronóstico de las posibilidades de hablar y de escribir no siempre es seguro. Sin embargo, se considera que la posibilidad de tener acceso a una comunicación simbólica es un factor importante de evolución y de educación.

Muchas acciones se han focalizado en los aspectos productivos del código, ya sea oral o pictográfico. Actualmente se insiste en la necesidad de una educación más amplia que permita desarrollar, con los medios a disposición inmediata del niño, el máximo de capacidades pragmáticas.

Los progresos de la neuropsicología del desarrollo destacan especialmente el papel de las funciones ejecutivas y permiten insistir en la necesidad de educar precozmente a los niños en los conceptos de interactividad y adquisición de nociones, particularmente extraverbales, y de localización temporal y espacial de la comunicación.

### **Campo de la reeducación del lenguaje del niño**

#### ***Función educativa***

Las terapéuticas son muy complejas y esta complejidad implica que la acción reeducativa no se restringe a la relación interindividual. El logopeda tiene que enseñar los principios de la comunicación al equipo reeducativo y a las familias.

#### ***Intervención junto a los pedagogos***

Los progresos en la neuropsicología del aprendizaje justifican también la intervención de los logopedas junto a los pedagogos que se ocupan de niños con discapacidades. El aprendizaje de la matemática o del lenguaje escrito en un niño que tiene una lesión cerebral pasa por vías alternativas que limitan la eficacia de la pedagogía tradicional: la elección de las formas de presentación y de los métodos depende de la evaluación ortofónica basada en los modelos que transmite la psicología cognitiva.

Estos modelos se han utilizado en las dislexias del desarrollo y muchos de estos resultados pueden extrapolarse a la educación del niño con afectación cerebral.

#### ***Neuropsicología clínica***

La escasez de neuropsicólogos clínicos obliga, con frecuencia, a la intervención de los logopedas en dominios que van más allá de la comunicación. Por ejemplo, las acciones de reeducación cognitiva en aquellos niños que padecen problemas visuales centrales, trastornos mnésicos o dispraxia.

#### ***Programas de reeducación***

Actualmente, las prácticas reeducativas casi nunca son técnicas demostradas o analizadas. Solamente en la reeducación de los trastornos de la articulación, el terapeuta puede valerse de principios técnicos.

Por otra parte, se denomina reeducación del lenguaje a las intervenciones prescritas de agentes que conocen el lenguaje y sus trastornos, más que al desarrollo de estrategias terapéuticas convalidadas.

La logopedia pediátrica no puede resumirse a una lista de prácticas cuyos métodos no están codificados. Se justifica por una competencia reconocida en el análisis y la intervención individuales en niños cuyo desarrollo es difícil.

Esta competencia ha sido adquirida por la particular posición de la comunicación en el desarrollo individual. Los instrumentos de comunicación son a la vez uno de los objetivos y uno de los resultados de este desarrollo.

## **Adulto**

### **Trastornos de la regulación de la comunicación**

Estos trastornos se encuentran después de un traumatismo craneal.

Los individuos han perdido, a menudo de forma temporal, las adquisiciones culturales que permiten la regulación de los intercambios sociales y ya no son capaces de adaptarse a las diferentes situaciones de la vida cotidiana.

### **Trastornos del lenguaje**

En reeducación, la patología del lenguaje del adulto está dominada por los trastornos secundarios a las lesiones cerebrales por accidente vascular, traumatismos, infecciones, tumores, etc.

En reeducación funcional, los trastornos del lenguaje se encuentran, habitualmente, tras lesiones cerebrales del hemisferio izquierdo.

#### ***Diversos trastornos hallados tras lesión cerebral***

La particularidad de las lesiones cerebrales consiste en que pueden ser responsables de diversos trastornos neuropsicológicos (cuadro VII). Siempre es fácil y pedagógico, pero sin duda artificial, subdividir las diferentes funciones superiores. Todas deben someterse a una prueba en cada paciente y ser expuestas para una comprensión global de las aptitudes cognitivas del paciente y de sus facultades de adaptación.

Las afasias se describen generalmente con referencia al proceso anatomoclínico que regía al inicio de la elaboración de los conocimientos en neuropsicología (cuadro VIII). La mayoría de las veces, los pacientes de las unidades de reeducación presentan afasias de Broca o global.

Habría de recordarse que el objetivo de la reeducación no es definir una lesión (se la conoce en el momento del tratamiento de los pacientes y hoy en día se diagnostica eficazmente mediante los procedimientos del diagnóstico por imágenes), sino analizar las consecuencias motrices, del comportamiento y biológicas de estas lesiones orgánicas. La perspectiva es claramente contraria en los aspectos teórico y práctico.

#### ***Consecuencias funcionales de la afasia***

El término afasia posee la particularidad de ser utilizado como un síntoma y como un síndrome con fines de localización (signo). Los individuos afásicos tienen en común dificultades funcionales que resulta útil entender globalmente (cuadro X).

En la expresión oral, la pérdida de los automatismos del lenguaje se traduce en los esfuerzos que el individuo tiene que realizar para ejecutar un acto (la palabra), el cual suele presentarse como una producción en la que los automatismos tienen muy buenos resultados. El individuo que habla puede focalizar su atención en el sentido del mensaje, mientras que la forma parece construirse automáticamente.

#### ***Factores pronósticos***

Los que realmente se consideran importantes son la edad, la lateralidad, la etiología y la importancia y localización de las lesiones.

**Cuadro VIII.**– Tipología de las afasias [6].

Tipología	Expresión	Comprensión	Repetición	Otros signos	Zonas lesionadas
Broca	no fluente, esfuerzo máximo (gran exigencia de la atención)	intacta o muy conservada	anormal	hemiplejía derecha, depresión, conciencia del trastorno	región frontal izquierda
Wernicke	fluente, producciones abundantes, buena articulación, melodía conservada	anormal	anormal	sin déficit motor, individuo ansioso, agitado, eufórico o paranoide	región temporal izquierda
Conducción	fluente con algunos defectos para articular	normal o muy conservada	anormal	a menudo ninguno; a veces trastornos sensitivos o una fatigabilidad del miembro superior derecho y de la cara	gyrus supramarginal izquierdo o córtex auditivo e ínsula
Global	poco abundante, no fluente	anormal	anormal	hemiplejía derecha, a veces no hay parálisis	con hemiplejía: lesión presilviana masiva; sin hemiplejía: anomalías frontal y temporoparietal asociadas
Transcortical motriz	no fluente, explosiva	normal o muy conservada	normal o muy conservada		parte anterior o superior del área de Broca
Transcortical sensitiva	fluente, poco abundante	anormal	normal o muy conservada		alrededor del área de Wernicke, hacia atrás o hacia abajo
Ganglio basal	disartria, a menudo fluente	anormal	intacta o anormal	hemiparesia derecha	cabeza del núcleo caudado, parte de la cápsula interna
Talámica	fluente, a veces logorreica	anormal	normal o muy conservada	trastornos de la atención y de la memoria	tálamo (anterolateral)

— La gravedad inicial de la afasia es el factor pronóstico más importante (cuadro IX). Depende de la talla y la localización de las lesiones. Se considera que este factor es el elemento esencial que hay que tener en cuenta cuando se evalúan las prácticas reeducativas.

— La edad es uno de los aspectos importantes del pronóstico. La recuperación es mejor en el niño hasta los 10 años de edad. No obstante, de ello no debe deducirse que la afasia no deje secuelas. Las consecuencias sobre la escolaridad y sobre las capacidades de aprendizaje pueden constituir una incapacidad residual significativa.

Debe destacarse aquí el cuadro de los trastornos progresivos del lenguaje en el anciano. Es corriente pensar en una evolución de tipo demencial y la afasia puede representar el comienzo de una afección progresivamente invalidante. Sin embargo, también se ha descrito una afasia progresiva que no se acompaña de demencia y que posee las características de una afasia amnésica. El acceso al léxico está particularmente alterado y los medios comunes de facilitación no contribuyen a ello.

— Los zurdos parecen tener más posibilidades de recuperación.

— Las lesiones: como es habitual, la velocidad de instauración de las lesiones es un elemento clave en la adaptación. La adaptación a las lesiones progresivas generalmente es mejor y la incapacidad relativa, menor. Conviene destacar también la topografía en volumen y en localización de las lesiones así como su origen (traumático o vascular). Es la clave de la recuperación. El cuadro lingüístico general se establece rápidamente en el caso de las afecciones vasculares (cuadros X y XI).

**Cuadro IX.**– Consecuencias funcionales de la afasia.

— Falta de palabra
— Trastorno a nivel sintáctico
— Desorganización posible del conjunto de los sistemas semióticos
— Posibilidad de trastornos afectivos asociados
— Presencia de una incapacidad aparente para el observador
— Elevado nivel de dependencia
— Incapacidad socioprofesional importante
— Pérdida de los automatismos del lenguaje

**Cuadro X.**– Recuperación y afasia [21].

Gravedad de la afasia	Estado estacionario en el 95 % de los casos
Leve	En 2 semanas
Moderada	En 6 semanas
Grave	En 10 semanas

De 881 accidentes vasculares cerebrales, el 38 % presenta una afasia al ingreso y el 18 % al ser dados de alta. Puede hacerse un pronóstico en el primer mes en función de la gravedad inicial de la afasia. En este estudio, la gravedad inicial de la afasia es el único factor clínico predictivo de la evolución de la afasia.

### **Anomalías lingüísticas en el afásico**

Algunas anomalías son específicas y características de la afasia. Se mencionan a continuación algunos de los trastornos que se describen con frecuencia después de una afasia.

**Cuadro XI.**– Factores pronósticos de la afasia (Damasio).

— Los síntomas afásicos y su gravedad
— El nivel anterior intelectual comunicación
— El estado psicológico depresión apoyo familiar
— Otros déficits cognitivos (aparte del lenguaje)

**Cuadro XII.**– Parafasias.

Parafasias	Palabra diana	Palabra pronunciada
Fonémicas	Taburete	Paturete
Verbales	Mesa	Silla

### *Falta del término adecuado*

La falta del término adecuado es el síntoma más aparente para el observador y constituye un trastorno invalidante cuya expresión puede variar según la situación de comunicación y el nivel de estrés.

### *Parafasias*

Las parafasias corresponden a errores en la selección instantánea de los elementos de la lengua. Los sonidos elementales (los fonemas, en la práctica las consonantes y las vocales) y las palabras se escogen mal en el momento de la expresión y aparecen errores en las secuencias del lenguaje (cuadro XII).

### *Agramatismo*

El agramatismo representa una simplificación del lenguaje, el cual está privado de monemas gramaticales (a, de, con, etc.). Las palabras se dicen de forma sucesiva como si fuera un lenguaje telegráfico.

### *Jerga*

La jerga es un lenguaje en el que un emisor de la lengua no reconoce las palabras y las estructuras de frases. Los sonidos que se producen son los de la lengua pero representan una mezcla de sonidos sin significado.

### *Trastornos de la sintaxis*

Esta alteración corresponde a las dificultades para construir una frase gramaticalmente correcta a partir de las palabras de la lengua.

### *Dislexias*

Las dislexias o trastornos de la lectura han sido el objeto de un análisis clínico que propone diferenciar las dislexias llamadas superficiales (o sea, aquellas en las que está comprometida la comprensión de las palabras leídas, mientras que es posible leer a primera vista) y las dislexias profundas (el individuo accede de modo global a la forma de la palabra y a su sentido pero no puede asegurar la correspondencia de lectura entre lo escrito y lo oral; no puede leer palabras que no tienen sentido).

## **Trastornos de la palabra**

En reeducación, los trastornos de la palabra se consideran alteraciones relacionadas con desórdenes mecánicos o neurológicos de la faringe y de la laringe o del aparato ventilatorio. Esencialmente, se trata de las disfonías y las disartrias.

## **Disfonías**

Las disfonías corresponden a los trastornos de la voz. Es típico diferenciar las disfonías funcionales de los trastornos orgánicos.

En el primer caso, el trastorno está en relación con un agotamiento vocal y corresponde a un problema laríngeo. Estos pacientes no suelen acudir a los servicios de medicina física y de readaptación funcional.

Existe una gran frecuencia de anomalías de la voz en individuos intubados y ventilados en la fase aguda de una lesión cerebral.

Algunas afecciones bulbares se acompañan de trastornos de la voz.

## **Disartrias**

Las disartrias son trastornos de la producción motriz de la palabra a nivel de los órganos bucofonadores. Las causas que se observan en reeducación se deben a déficits neurológicos (síndrome cerebeloso, enfermedad de Parkinson, etc.).

Se distinguen las disartrias por parálisis del velo, las vinculadas a trastornos cerebelosos y las disartrias de los síndromes extrapiramidales.

### *Disartrias paralíticas*

En general, constan de un trastorno de la voz (timbre, intensidad), dificultades motrices bucales y del velo, y mala regulación del aire inspirado. A veces, la palabra es poco comprensible.

### *Disartrias cerebelosas*

Clínicamente, se reconocen con facilidad porque la expresión es muy específica. La palabra, demasiado bien articulada y excesivamente melódica, en seguida es percibida como anormal por parte del interlocutor.

### *Disartrias de los síndromes extrapiramidales*

Típicamente, poseen una cadencia acelerada con reducción de las pausas intervocálicas.

Estas dificultades que modifican de forma duradera la palabra son menos graves que los trastornos del lenguaje y pueden provenir de una mala comprensión de la persona, la cual se ve obligada a hacer un esfuerzo para mejorar la inteligibilidad de la voz, o bien de trastornos asociados a la deglución, frecuentes en las patologías neurológicas.

## **Evaluación**

La evaluación comprende una gran variedad de medios que los profesionales utilizan con diferentes objetivos.

### **Objetivos de la evaluación**

Una medida se convierte en una evaluación si se practica con un objetivo previamente determinado y claramente definido (cuadro XIII).

### **Medios**

En los trastornos de la comunicación es importante la evaluación clínica. Es conveniente en estas situaciones, muy difíciles de describir, utilizar el vídeo. Hoy en día, esta técnica es accesible a cualquier equipo médico, tanto por su bajo coste como por su fácil utilización. La conservación de los documentos y su clasificación es esencial, pero todavía inhabitual.

**Cuadro XIII.**– Los objetivos de las exploraciones son diversos.

1. Detección del trastorno
2. Localización
3. Pronóstico
4. Clasificación de los síndromes.
5. Clasificación de la gravedad de los trastornos
6. Planificación de las intervenciones terapéuticas
7. Evaluación de los cambios de situación
8. Diagnóstico diferencial

Es conveniente utilizar estudios estandarizados y que gocen de una amplia difusión [32].

### **Estudios del lenguaje**

Se proponen tres tipos de estudios para el lenguaje.

#### *Estudios generales*

Exploran de forma sistemática y ordenada los diferentes componentes de los lenguajes oral y escrito. Se trata de informes que guían al observador al realizar la investigación y le proporcionan una ayuda pertinente para evaluar al individuo. No son instrumentos de medida y, si bien clasifican las dificultades, no permiten valorar las capacidades reales de un individuo.

*La exploración de la afasia* (Ducarne, 1965, revisión 1989) es un test muy difundido en Francia (cuadro XIV). Este test es un panel de análisis del lenguaje en todos sus componentes: lenguaje oral y escrito, comprensión y expresión, etc.

El *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (Goodglass, Kaplan, 1972) y su adaptación francesa (escala de evaluación de la afasia, Mazaux, Orgogoso, 1981 es uno de los estudios más utilizados en el mundo (cuadro XV).

Este test comprende una escala de gravedad de la afasia dividida en seis puntos. Puede compararse a una escala analógica y puede servir de instrumento práctico para el seguimiento de los pacientes en reeducación.

Todas las pruebas evalúan la expresión y la comunicación en las formas oral y escrita. A nivel clínico, la expresión se aprecia fácilmente mediante la observación del individuo en la vida cotidiana y en sus relaciones con el entorno. El acceso a la calidad de la comprensión del lenguaje es una labor más difícil que conlleva riesgos de errores de apreciación. El riesgo consiste, sobre todo, en sobrevalorar la capacidad del individuo para comprender.

El protocolo Montreal-Toulouse de exploración lingüística de la afasia (Roch-Lecours, Nespoulous, 1983) es un estudio muy bien construido en el aspecto lingüístico y que representa una ayuda práctica para el clínico.

#### *Estudios dirigidos a uno de los componentes del lenguaje*

El ejemplo tipo es el *token test* (test de las fichas) el cual analiza de forma selectiva la comprensión sintáctica neutralizando la aportación semántica del léxico (cuadro XVI). Sólo la descodificación exacta de los métodos sintácticos permite al individuo superar las pruebas. Se trata de manipular fichas y relacionarlas. Fue propuesto por Renzi y Vignolo en 1962 y ha sido adaptado en diferentes ocasiones. Está editado, en su versión revisada, por PAR (Psychological Assessment Resources) con el nombre de Revised token test, de McNeil y Prescott.

#### *Estudios centrados en la eficacia del lenguaje*

Los estudios que tienen en cuenta los déficits lingüísticos y las restantes aptitudes se basan en los métodos lingüísticos, en el instrumento lenguaje. Los perfiles de comunicación tienen como objetivo precisar los posibles usos del lenguaje en las actividades de la vida cotidiana.

**Cuadro XIV.**– Examen de la afasia (B. Ducarne).

<b>Expresión oral</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Palabra espontánea</li> <li>2. Series automáticas</li> <li>3. Repetición (sílabas, palabras, vocales, consonantes, frases)</li> <li>4. Denominación de imágenes</li> <li>5. Descripción de imágenes</li> <li>6. Pruebas de lenguaje más elaborado (definición de palabras, antónimos, sinónimos, construcción de frases, explicación de proverbios, fluidez verbal).</li> </ol>
<b>Comprensión oral</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Designación</li> <li>2. Elección múltiple</li> <li>3. Órdenes simples</li> <li>4. Órdenes múltiples y arbitrarias</li> <li>5. Crítica de historias absurdas</li> <li>6. Interpretación de un texto oído</li> </ol>
<b>Lectura</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Letras y grupos de letras</li> <li>2. Sílabas</li> <li>3. Palabras</li> <li>4. Texto</li> <li>5. Correspondencia de las palabras y de las imágenes</li> <li>6. Correspondencia de los textos y de las acciones</li> <li>7. Ejecución de órdenes escritas</li> <li>8. Interpretación de un texto leído</li> </ol>
<b>Escritura</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresión escrita espontánea</li> <li>2. Expresión escrita dictada</li> <li>3. Escritura copiada</li> <li>4. Narración escrita</li> </ol>
<b>Examen complementario</b>
Apraxia bucofacial.

**Cuadro XV.**– Escala de gravedad del *Boston Aphasia Examination* (1981, Mazaux, Orgogoso).

0. Ninguna expresión inteligible ni ninguna comprensión oral.
1. Comunicación por expresiones muy fragmentarias, que necesitan por parte del auditor muchas deducciones, preguntas y atención. Se pueden cambiar pocas informaciones y el auditor es quien dirige la conversación.
2. Es posible llevar una conversación sobre temas familiares y concretos con la ayuda del auditor. El enfermo es incapaz, con frecuencia, de hacerse comprender, pero participa en el desarrollo de la conversación.
3. Prácticamente puede discutirse de todos los temas corrientes sin la ayuda o con poca ayuda del auditor. Sin embargo, los trastornos de la expresión y/o de la comprensión hacen difícil o imposible la conversación sobre determinados temas.
4. Disminución manifiesta de la fluidez verbal o de la facilidad o rapidez de comprensión, sin limitación significativa de la expresión o la comunicación.
5. Deficiencia lingüística apenas perceptible o que solamente es sentida por el enfermo, sin que el auditor pueda objetivarla.

Los más difundidos son los siguientes.

El *Porch Index of Communicative Ability* (PICA), que se editó en 1967 y comprende 18 subtests con cuatro ítems verbales, ocho ítems del comportamiento y seis ítems gráficos.

El *Functional Communicating Profile* (FCP) de Sarno [24], comprende 45 comportamientos clasificados en cinco clases: la comunicación no verbal, la expresión oral, la comprensión, la lectura y otros. La evaluación se realiza en el marco de una conversación informal y se valoran las aptitu-

**Cuadro XVI.**– Subtest del *token test* (ejemplos).

Situar el cuadrado negro al lado del círculo rojo
Situar el círculo negro encima del cuadrado blanco
Situar el cuadrado azul delante del círculo negro
Situar el círculo rojo sobre el círculo azul
Situar el círculo azul detrás del cuadrado verde
Situar el cuadrado verde bajo el cuadrado negro
Situar el círculo blanco debajo del cuadrado azul
Situar el cuadrado blanco cerca del círculo verde
Situar el cuadrado rojo frente al círculo blanco
Situar el círculo verde cerca del cuadrado rojo

des anteriores del paciente, la aparición del comportamiento, su estabilidad y disponibilidad, la velocidad de la respuesta y la frecuencia de su uso.

*Grabación en casetes y en vídeo*

En la actualidad, los materiales de grabación de la voz y de la imagen son accesibles a nivel técnico a todas las personas. Este material permite al «aficionado» conservar una muestra de los logros obtenidos y, en particular, observar las características temporales.

*Dimensión ecológica de la evaluación del lenguaje*

Se han criticado mucho las situaciones tradicionales de los estudios que se practican en reeducación. Estos estudios están fuera del campo de las actividades habituales del individuo y no pueden objetivar la realidad de las aptitudes funcionales y de las discapacidades (cuadro XVII). Esta objeción tan global y pertinente sobre la capacidad de los tests para evaluar las funciones superiores es legítima. No podría aplicarse al funcionamiento de las unidades de reeducación que emplean la observación como medio de aproximación complementaria de las posibilidades funcionales de los pacientes.

*Análisis de la voz*

Se proponen exploraciones instrumentales para visualizar las cuerdas vocales y evaluar la motricidad y la sensibilidad de la faringe. La voz puede analizarse en sentido físico.

**Tratamientos**

**Tratamiento de los trastornos de la comunicación**

Estos trastornos son los que se encuentran con mayor frecuencia en las personas que han sufrido un traumatismo craneal.

La cuestión planteada por los equipos médicos es la siguiente: ¿Qué hacer frente a estas alteraciones? El individuo «sano» tiene grandes dificultades para adaptarse porque la interacción está alterada. Según Watzlawick [27], «somos casi totalmente incapaces de comunicar sobre la comunicación». Aunque no existen estudios clínicos, son posibles dos tipos de conductas.

— Cuando los individuos están en fase de comportamiento regresivo y la desestructuración de la conciencia es importante, el ajuste de la conducta del médico al trastorno es legítimo. El personal es quien se adapta. Entonces, el individuo se muestra muy egocéntrico.

Esta adaptación a las particularidades de los otros es una de las posibilidades que aprende muy pronto el niño. A partir

**Cuadro XVII.**– Cuestionario propuesto a los familiares [3].

Preguntas	Resultados					
	A	B	C	D	E	F
1. ¿Puede iniciar una conversación?	6	4				
2. ¿Puede decirle lo que ha hecho?	3	7				
3. ¿Puede hacerle preguntas?	1	9				
4. ¿Puede pedirle que haga alguna cosa?	4	5				1
5. ¿Puede interrumpir y corregir sus palabras?	2	5	3			
6. ¿Puede responder rápidamente?	2	5	3			
7. ¿Utiliza la gestualidad o la entonación para ayudar a su comprensión?	2	4	3			1
8. ¿Puede darle las gracias?	1	4	4			1
9. ¿Puede ayudarlo a resolver un problema?		5	4			1
10. ¿Puede argumentar?	2	2	4			2
	A	B	C	D	E	F

A: mucho mejor que antes; B: mejor que antes; C: tanto como antes; D: peor que antes; E: mucho peor que antes; F: sin respuesta de la familia.

de los 4 años de edad, los niños son capaces de adaptarse al nivel de competencia lingüística de sus interlocutores.

— A continuación, cuando los mecanismos que se refieren a la atención son más activos, las conductas de los profesionales tienen que ser las de adultos que reflejan conductas normativas. Ello es difícil de situar en el esquema de la interacción y existe el riesgo de limitar los tiempos posibles de comunicación.

**Tratamiento de los trastornos del lenguaje [16]**

**Objetivos**

Hoy en día, el tratamiento de estos trastornos tiene dos objetivos:

— hacer el análisis del trastorno y de su semiología funcional. La evaluación es uno de los elementos esenciales del tratamiento. El terapeuta es, en primer lugar, quien conoce el trastorno en su esencia, quien también conoce la fisiología de la función correspondiente en su dimensión funcional, quien puede descifrar las aptitudes para la comunicación y quien sabe indicar al paciente y a sus familiares los posibles métodos para comunicar mejor. Sin ninguna duda, la dimensión pragmática es una prioridad;

— proponer formas terapéuticas y un marco de tratamiento. Estas formas son múltiples.

**Formas terapéuticas**

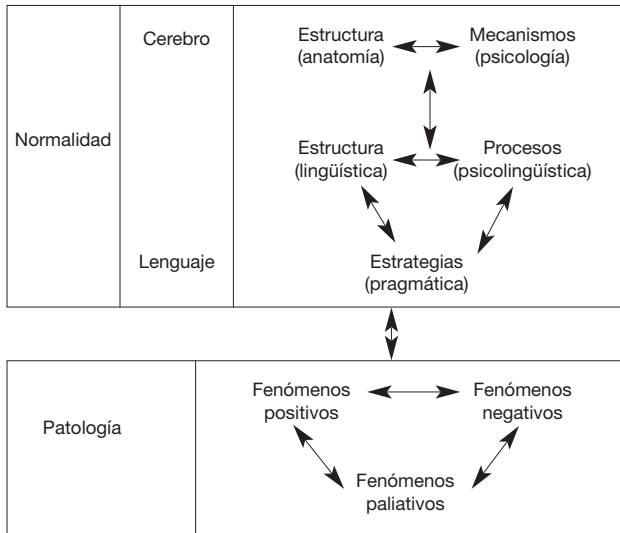
*Trabajo con la lengua*

El trabajo de tipo didáctico con la lengua es la forma básica utilizada. Esta práctica empírica ha sido muy criticada [22], pero continúa siendo una ayuda para el intercambio dentro de las relaciones terapéuticas tradicionales dobles. Utiliza todos los métodos de facilitación y las aptitudes que se preservan en el afásico, así como la toma de conciencia de las anomalías para controlar voluntariamente sus producciones lingüísticas. El trabajo sobre el código no puede ser hoy en día el único enfoque terapéutico en reeducación. Degiovani [7] resumió el tema: «¿No constituye ello un fracaso de la concepción misma de la reeducación, la cual se interesa esencialmente por las capacidades del lenguaje sin analizar ni intervenir en las condiciones de utilización de estas capacidades en la vida cotidiana?» (cuadros XVIII y XIX).

**Cuadro XVIII.**– Métodos de reeducación [23].

<ul style="list-style-type: none"> <li>— Estrategias de restablecimiento (reaprendizaje de los aspectos deficitarios o de los procedimientos defectuosos).</li> <li>— Estrategias de reorganización (utilización de los potenciales preservados para restablecer una función defectuosa).</li> <li>— Estrategias de facilitación (ayudar a la expresión de potenciales preservados no manifestados).</li> <li>— Estrategias paliativas (adaptación del entorno, prótesis mental).</li> </ul>
--

**Cuadro XIX.**– Modelo neurolingüístico (V. L. Nespoulous) [19].



**Cuadro XX.**– Intensidad de la reeducación.

<p>La reeducación intensiva se define como una dedicación de 4 horas diarias, 5 días por semana</p> <p>Los criterios de inclusión son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— índice de Barthel &gt; 9</li> <li>— un CI &gt;60</li> </ul> <p>Los pacientes se deben mostrar alerta, atentos y físicamente capaces de permanecer sentados y sin distraerse fácilmente.</p> <p>Por comparación, el tratamiento corriente es de 30 minutos de 1 a 5 veces por semana.</p>
--

**Otros enfoques**

Existen otros enfoques como la PACE [4] (*Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness*), la MIT [26] (*Melodic Intonation Therapy*), la utilización del teléfono [13], las terapias de carácter intensivo [14] (cuadro XX), el uso de la informática, la utilización de la comunicación no verbal [8], etc.

Sus objetivos son diversos: favorecer a cualquier precio las aptitudes para la comunicación, utilizar la persistencia de los esquemas melódicos y su entrenamiento mecánico, neutralizar las distancias entre los pacientes y los terapeutas demasiado alejados, buscar los vínculos cuantitativos entre los cuidados y los progresos, y ofrecer otras interfaces en los estudios y en los tratamientos.

**Terapias del comportamiento**

El interés de las terapias del comportamiento es nuevo en cuanto a su función clínica estructurada. Sin embargo, es muy antiguo en lo que se refiere a su práctica empírica en reeducación. Podrían proponerse ciertas formas que ya están establecidas en el campo de la psicología. Es el caso de las técnicas denominadas de afirmación de sí mismo, que tienen por objetivo desarrollar las capacidades de comunicación, la adquisición de la facilidad de relación y de confianza en sí mismo.

**Grupos de afásicos**

La creación de grupos de afásicos [34] es una experiencia útil de llevar a cabo. Así, el tratamiento individual puede sustituirse por la integración en un grupo, con el paso del tiempo. Es una forma en la que predomina la dinámica afectiva y de comunicación a expensas de consideraciones más directas sobre el lenguaje.

**Familia**

La familia es un elemento clave en la readaptación funcional para aquellos individuos que tienen trastornos duraderos del lenguaje [2] (fig. 2).

La dependencia de los pacientes es siempre muy importante cuando el trastorno es aparente y el medio familiar es la unidad de acogida. Es el lugar donde se organiza el proyecto inicial de readaptación funcional. La información que debe proporcionarse a la familia sobre la afasia es esencial para ayudarla a adaptarse al déficit lingüístico de forma adecuada y a conservar un nivel óptimo de comunicación.

Hoy en día, se conoce mejor la organización de la familia que se enfrenta a tal situación, y sus miembros están en disposición potencial para asumir una invalidez bien definida de forma duradera. Los padres (padre y madre) y la pareja (fig. 2) pueden desempeñar un papel a largo plazo en las situaciones de discapacidad grave. Cuando el individuo es un joven adulto, puede plantearse un conflicto de poder entre estas dos instancias familiares legítimas.

Así, se aprecian diversos aspectos en la familia:

- el ajuste recíproco de la evaluación de las posibilidades del individuo afásico y de la apreciación pronóstica;
- la apreciación de las consecuencias de los trastornos sobre el medio familiar a partir del cambio obligatorio de los roles frente a tal realidad;
- la facilitación de los procesos de comunicación en el entorno familiar del individuo;
- ¿qué función debe hacerse desempeñar a la familia en los procesos de readaptación funcional? Este punto depende mucho de las situaciones particulares, pero los papeles sociales no deberían mezclarse dado que el sujeto afásico no reconocerá a la familia como legítima en el papel de supervisora del lenguaje;
- el tratamiento terapéutico de la familia dentro de una óptica psicodinámica.

**Asistentes**

Los equipos asistenciales (la información) de los servicios que tratan a los pacientes discapacitados juegan un papel esencial en la evaluación de los trastornos en situación, en el enfoque del pronóstico funcional y en la búsqueda de las mejores estrategias de comunicación con los individuos.

El tratamiento de la afasia no se detiene en el terreno formal y específico. Al contrario, la comunicación con el conjunto del equipo terapéutico debe valorarse y estimularse.

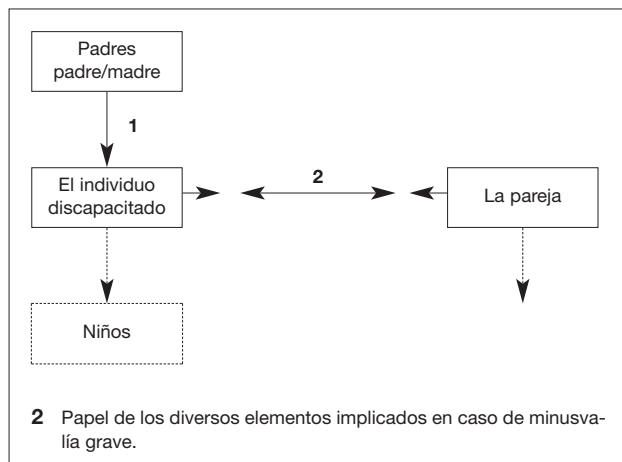
**Asociaciones de afásicos** [30]

Han aparecido recientemente en algunos países y desempeñan un papel esencial para lograr un mejor conocimiento de los trastornos del lenguaje por parte de los allegados, para incitar al medio social a ser más acogedor y comprensivo, y para aportar la dimensión afectiva de un grupo que padece de forma cotidiana las dificultades (fig. 3).

**Protección jurídica**

Un individuo privado de lenguaje, especialmente en cuanto a la comprensión, puede tener dificultades para administrar los aspectos jurídicos de su vida personal y social.

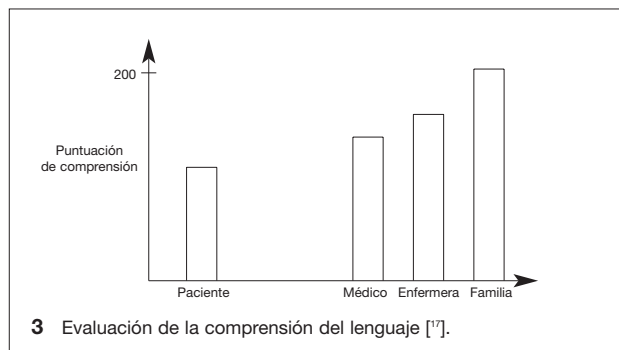
Con frecuencia, la adaptación del entorno del individuo permite moderar las dificultades potenciales a través de



arreglos amigables. Sin embargo, puede ser necesario proteger al individuo o suplir sus incapacidades a la hora de utilizar el lenguaje escrito, el cálculo, etc. en cualquiera de las numerosas gestiones administrativas o económicas de la vida cotidiana. En este sentido, existen dos formas de ayuda: la tutela y la curatela. Solamente esta última suele adaptarse a la situación creada por los déficits del lenguaje. Puede ser simple o más completa. En este caso, permite a los allegados regular con toda legalidad las gestiones financieras y administrativas del individuo sin privarle de sus derechos civiles (por ejemplo de su capacidad de votar).

### Tratamiento de los trastornos de la palabra

Los trastornos de la palabra, tal y como se observan en reeducación, se asemejan a los trastornos motores. Cuando no se produce la recuperación, es difícil eludir la dificultad. La reeducación tiene en cuenta la inteligibilidad de la palabra que se emite y la regulación de la respiración.



\*  
\* \*

El tratamiento de los trastornos del lenguaje es una de las misiones de la reeducación. El desarrollo de las ciencias humanas y de las ciencias cognitivas y el número de individuos, niños y adultos, afectados por una enfermedad cerebral duradera, han estimulado el interés de los clínicos hacia estas patologías invalidantes. Entre estos trastornos, la afasia representa el desorden más característico y más frecuente. Su tratamiento terapéutico es esencial en el enfoque actual de la medicina física y de readaptación funcional.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: WIROTIUS JM, GÉRARD CL et PLASSIARD-CHOISAT C. – Rééducation du langage. – *En cycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris-France), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-437-A-10, 1997, 12 p.

## Bibliografía

- [1] Birdwhistell RL. Kinesics and context. Middlesex : Penguin Books, 1971
- [2] Boisclair-Papillon R. La famille de l'aphasique. Paris : Maloine, 1991 : 162-176
- [3] Brindley P, Copeland M, Demain C, Martyn P. A comparison of the speech of ten chronic Broca's aphasics following intensive and non-intensive periods of therapy. *Aphasiology* 1989 ; 3 : 695-707
- [4] Clerehugh N, Coyette F, Feyreisen P, Seron X. Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques, la PACE. *Reeduc Orthophon* 1984 ; 22 : 329-344
- [5] Corraze J. Les communications non verbales. Paris : PUF, 1980
- [6] Damasio AR. Aphasia. *N Engl J Med* 1992 ; 326 : 531-539
- [7] Degiovani R. Langage et/ou communication, le vrai rôle de l'intervention orthophonique auprès des aphasiques. *Entretiens d'orthophonie*. Paris : Expansion Scientifique Française, 1992 : 199-204
- [8] Ducarne DE, Ribaucourt B, Foulgoc V, Francois F. Essai d'analyse de la communication non verbale dans 20 cas d'aphasie. *La Linguistique* 1982 ; 18 : 59-84
- [9] Francois F. Linguistique. Paris : PUF, 1980
- [10] Gérard CL, Dugas M. Le développement du langage, de la norme à la pathologie. *Concours Méd* 1991 ; 113 : 701-707
- [11] Gérard CL, Wirotius JM. Différentes procédures cognitives, sémiologie, exploration. *En cycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), *Psychiatrie*, 37-131-A-10, 1996 : 12 p
- [12] Harel S, Greenstein Y, Kramer U, Yifat R, Samuel E, Nevo Y et al. Clinical characteristics of children referred to a child development center for evaluation of speech, language, and communication disorders. *Pediatr Neurol* 1996 ; 15 : 305-311
- [13] Helm-Estabrooks N, Ramsberger G. Aphasia treatment delivered by telephone. *Arch Phys Med Rehabil* 1986 ; 67 : 51-53
- [14] Lech-Smith J, Denis R, Enderby PM, Wade DT, Langton-Hewer R. Selection of aphasic stroke patients for intensive speech therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987 ; 50 : 1888-1492
- [15] Martinet A. *Éléments de linguistique générale*. Paris : Armand Colin, 1970
- [16] Mazaux JM, Bruniquel L, Barat M, Darriet D. Aphasie et rééducation. *J Readapt Med* 1992 ; 12 : 90-98
- [17] Mc Clenanahan R, Johnston M, Densham . Misperception of comprehension difficulties of stroke patients by doctors, nurses, and relatives. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990 ; 53 : 700-701
- [18] Mounin G. *Clefs pour la linguistique*. Paris : Ségnhers, 1971
- [19] Nespoulous JL. Le langage, introduction. In : Seron X, Jeannerod M eds. *Neuropsychologie humaine*. Liège : Mardaga, 1994 : 317-319
- [20] Paquier PF, Van Dongen HR. Review of research on the clinical presentation of acquired childhood aphasia. *Acta Neurol Scand* 1996 ; 93 : 428-436
- [21] Pedersen PM, Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Aphasia in acute stroke, incidence, determinants, and recovery. *Ann Neurol* 1995 ; 38 : 659-666
- [22] Seron X. Aphasie et neuropsychologie, Approches thérapeutiques. Bruxelles : Mardaga, 1979
- [23] Seron X, Jeannerod M. *Neuropsychologie humaine*. Liège, Mardaga, 1994
- [24] Taylor MT. A measurement of functional communication in aphasia. *Arch Phys Med Rehabil* 1965 ; 46 : 101-107
- [25] Vaillandet C. *Évaluation et validation de la rééducation en aphasiologie*. Paris : Expansion Scientifique Française, 1996 : 197-206
- [26] Van Eeckout P, Bhatt P. Rythme, intonation, accentuation. *Reeduc Orthophon* 1984 ; 22 : 311-327
- [27] Watzlawick P, Helmick J, Jackson D. *Une logique de la communication*. Paris : Le Seuil, 1972 : 31 p
- [28] Winkin Y. *La nouvelle communication*. Paris : Le Seuil, 1981
- [29] Winkin Y. Vers une anthropologie de la communication. *Sci Hum* 1997 ; 16 : 20-23
- [30] Wirotius JM. Les associations d'aphasiques. *J Readapt Med* 1989 ; 9 : 47-49
- [31] Wirotius JM. La sémiologie fonctionnelle, description et intérêt en rééducation fonctionnelle. In : Progrès en médecine physique et de réadaptation. Paris : Masson, 1997 : 306-311
- [32] Wirotius JM, Benichou M, Nadeau G. Les bilans utilisés en France pour tester le langage des sujets cérébrolésés, une enquête auprès des centres de rééducation. *Evol Psychiatr* 1984 ; 49 : 505-519
- [33] Wirotius JM, Petrisans JL, Pichard B. Notions de linguistique. *J Readapt Med* 1992 ; 12 : 80-82
- [34] Wirotius JM, Pichard B. La rééducation des aphasiques, approche de la médecine de rééducation. *Glossa. Cah Unadrio* 1993 ; 37 : 26-34