

# Afección de las funciones superiores como consecuencia de lesiones cerebrales: enfoque neuropsicológico

**J. de Labarthe**  
**F. Guérin-Bonvoisin**

**Resumen.-** Según la teoría de la mediación de Jean Gagnepain, el hombre posee facultades específicas implícitas y estructurales (el análisis lingüístico, el análisis técnico, etc.) que mantienen una relación dialéctica con capacidades «naturales» que existen también en el animal: gnosias, praxias, etc. La existencia de esta dialéctica obliga a romper con los métodos de observación de las ciencias de la naturaleza, ya que introduce una contradicción entre el fenómeno observado y aquello que lo causa. Los autores de este fascículo explican su concepción de los diferentes trastornos (agnosias, afasias, apraxias, atecnias, heminegligencia, asomasia, abulia) y muestran como este enfoque ofrece nuevas perspectivas con respecto a la rehabilitación y a la reinserción de pacientes con lesión cerebral.

## Introducción

La neuropsicología es una disciplina muy nueva que se interesa por las alteraciones de las funciones superiores como consecuencia de lesiones cerebrales adquiridas (por traumatismo, rotura de aneurisma, anoxia, infección, etc.). Esta patología compleja se asemeja a veces a los trastornos psicopatológicos, aunque se diferencia de ellos por su origen claramente orgánico y por la ruptura brusca que introduce en la historia del paciente.

La novedad es sinónimo de balbuceos por lo que aunque Freud (que era neurólogo) escribió ya en el siglo pasado acerca de las afasias (antes de interesarse por los trastornos psicopatológicos), habría que esperar a los trabajos de Luria [10] para disponer de un primer enfoque sobre las secuelas neuropsicológicas. Las teorías siguen siendo diversas. La experiencia de más de 20 años de los autores de este fascículo basada en alrededor de 3 000 pacientes con lesión cerebral y edades comprendidas entre los 14 y los 60 años permite exponer algunas hipótesis.

## Métodos de observación

### La medicina y el método de las ciencias de la naturaleza

El método que ha permitido elaborar la anatomía, la fisiología, etc. de manera científica se basa en la disección, la experimentación. De este modo, los científicos han podido establecer modelos explicativos del funcionamiento del organismo. Este método ha presidido las primeras observaciones de pacientes con lesiones cerebrales.

Continúa siendo el enfoque utilizado actualmente cuando se habla, por ejemplo, de rehabilitar a un paciente hemipléjico, como si se tratase de un trastorno puramente físico y se pudiese prescindir de aquello que causa este déficit, es decir, de la lesión cerebral, que sólo raramente tiene consecuencias puramente físicas. Un enfermo hemipléjico derecho es en primer lugar una persona que presenta lesiones hemisféricas izquierdas, existiendo por lo tanto una gran probabilidad de que existan al mismo tiempo alteraciones neuropsicológicas asociadas (afasia y otras), lo que hace que todo cambie en relación con la rehabilitación. El enfermo hemipléjico izquierdo debe ser considerado no únicamente desde el ángulo de su déficit sensitivomotor izquierdo, sino también desde el de la afección cerebral del hemisferio derecho (denominado menor) con consecuencias importantes como la heminegligencia izquierda y a menudo otras alteraciones neuropsicológicas asociadas.

Françoise GUÉRIN-BONVOISIN: Docteur en linguistique générale, diplômée de psychopathologie, neuropsychologue au centre de la Vallée à Betton.  
Jacqueline DE LABARTHE: CES de médecine physique et réadaptation, membre d'EBIS, médecin-chef d'établissement au centre de la Vallée, Ladapt, à Betton.  
Ladapt, centre de la Vallée, 35830 Betton, France.

Por otra parte, el accidente o la enfermedad se inscriben en la historia del paciente (el paciente y su conjunto de relaciones), es decir, a veces en una estructura psicopatológica anterior.

La teoría más o menos implícita de aquellos que creen que se puede rehabilitar a un paciente hemipléjico sin tener en cuenta las alteraciones neuropsicológicas y de la globalidad de la persona es la del esquema sensitivomotor. La explicación de la afasia también se sigue llevando a cabo a veces en términos de trastorno motor (afasia de Broca) y de trastorno sensitivo (afasia de Wernicke).

Según los autores del fascículo, esta forma de comprender la patología de los pacientes con lesión cerebral pasa por alto la especificidad de lo que se encuentra alterado en estos casos, a saber, facultades que únicamente existen en el hombre. Ahora bien, si el hombre es el objeto de observación se ha de romper con los métodos de las ciencias exactas, de las ciencias de la naturaleza.

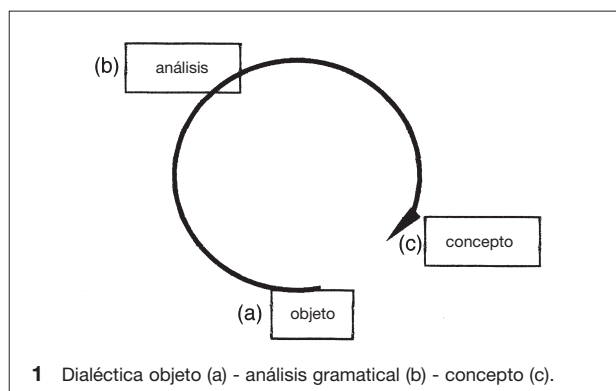
### Método de «ciencias humanas»

En calidad de neurólogo, Freud pudo darse cuenta de que la parálisis y el mutismo histéricos no eran tributarios de una explicación fisiológica sino que resultaban de otro orden de fenómenos. Este descubrimiento clínico contribuyó de forma decisiva al comienzo de la elaboración de las ciencias humanas gracias a haber puesto en evidencia la existencia en el hombre, bajo el nombre de inconsciente, de fenómenos que no se dejan ver directamente sino que son implícitos, subyacentes a la observación sólo de los hechos.

Jean Gagnepain [6] propone la existencia de varios procesos implícitos específicos del hombre, lo que no impide que tenga algo en común con el animal. Sin embargo, existe un umbral entre el hombre (que analiza, es decir, que relaciona con la ayuda de facultades que le son propias: habla, fabrica, posee una forma de relación específica, es capaz de tener una ética) y el animal (que posee capacidades que comparte con el hombre: sentido y percepción, motricidad y gestualidad, somestesia y cuerpo, afecto y pulsión). El medio para verificar estas hipótesis consiste en el vaivén entre la teoría y la clínica. A cada capacidad le corresponde una alteración pura. Esta teoría es el resultado de una larga colaboración entre el profesor Gagnepain, lingüista, y el profesor Sabouraud [11], jefe del servicio de neurología del centro hospitalario universitario de Rennes.

Además de los procesos implícitos, lo que hace específico al hombre es el hecho de poder estructurar. El hombre relaciona allí donde el animal únicamente es capaz de aprendizaje. Desde el punto de vista lingüístico, considerado como modelo, un elemento de la estructura lexical (por ejemplo, libro) no posee valor por sí mismo; su valor es negativo pues se define por oposición a todo el resto del léxico: es todo aquello que lo demás no es (este descubrimiento del lingüista Ferdinand de Saussure es válido para las demás facultades específicas del hombre).

Otra especificidad de las facultades humanas es su carácter dialéctico, lo que supone contradicción y superación de esta contradicción. Si se utiliza de nuevo el ejemplo de la lingüística (fig. 1), se observa que para acceder al concepto de libro (c) es preciso negar la percepción que se tiene de los objetos (a), ya que se denomina «libro» objetos que pueden ser completamente diferentes (perceptivamente). La estructura lexical (b), que es uno de los elementos del análisis que se lleva a cabo en este plano, contradice nuestra percepción. Esta contradicción es superada ya que un elemento de la estructura lexical recupera su valor en la realidad percibida y ya que no se denomina «libro» a cualquier objeto, lo que no impide que el concepto no coincida nun-



ca completamente con el objeto (sucede lo mismo en los demás terrenos; véase más adelante: la persona no coincide con el individuo).

La existencia de facultades cuyo proceso implícito produce manifestaciones diversas y variadas (las únicas observables), proceso estructural y dialéctico, obliga a romper con la observación que utilizan las ciencias de la naturaleza. Pueden grabarse mil enunciados afásicos y no se comprenderá por ello su «desorden» ya que el origen es la alteración de una parte de un proceso implícito subyacente a lo que se observa directamente. No se trata de contabilizar las buenas y las malas respuestas sino de comprender aquello que las produce. Por esta razón fracasan las escalas de evaluación cuantitativa al tratar de dar cuenta de modo exhaustivo de la diversidad de las manifestaciones de alteraciones cuya coherencia es subyacente, incluso teniendo en cuenta que existen ciertamente distintos grados de gravedad (algunos pacientes son más afásicos que otros, por ejemplo). Sin embargo, lo importante es saber aquello que causa sus síntomas para poder ofrecer al paciente una mejor atención y reinserción.

Véase el cuadro que propone Gagnepain sobre las capacidades y las facultades con las alteraciones correspondientes (cuadro I).

## La representación y sus trastornos

### Agnosias

Desde un punto de vista neurológico se distinguen las sensaciones que nos llegan por los canales sensoriales (vista, oído, olfato, gusto, tacto) alteradas en la ceguera, la sordera, etc., y las alteraciones de la percepción en las que no existe afección sensorial y en cuyo caso se habla de agnosia. Se puede tomar como ejemplo la agnosia visual para explicar la diferencia entre sensación y percepción (o gnosia). Tras una anoxia, uno de los pacientes tratados presenta agnosia visual: posee sensaciones visuales pero éstas no reciben contorno (*gestalt*) de manera que no constituye objeto visual o imagen visual mientras que táctil o auditivamente la imagen se constituye en seguida. Por ejemplo, ante una caja de diapositivas colocada ante él, puede describir algunas características pero no llega a percibir el objeto. Lo que siempre se observa no es la propia alteración sino sus medios de compensación. Al haber conservado el resto de sus capacidades, los pacientes plantearán hipótesis sobre el objeto a partir de los elementos que pueden ver. De este modo, en una sala de rehabilitación donde había un torno antiguo, el paciente ha visto barrotes y ha deducido que se trataba de una silla. El objeto es el punto de partida de la dialéctica que permite llegar al concepto (véase fig. 1). Al no estar el objeto (a) perceptivamente constituido, el paciente se ve reducido a las hipótesis que puede plantear gracias a su análisis gramatical (b). Estas hipótesis no se

Cuadro I.

<b>Representación</b>	<b>Sensación</b> Ceguera Sordera etc.	<b>Gnosia</b> Agnosia visual Agnosia auditiva etc.	<b>Signo</b> Afasia
<b>Actividad</b>	<b>Motricidad</b> Parálisis	<b>Praxia</b> Apraxia de la mirada Apraxia bucofacial Apraxia de la extremidad superior etc.	<b>Instrumento</b> Atecnia
<b>Ser</b>	<b>Somestesia</b> Alteraciones propioceptivas Heminegligencia?	<b>Somasia</b> Asomasia	<b>Persona</b> Psicosis
<b>Conducta</b>	<b>Afecto</b> Apatía	<b>Bulia</b> Abulia	<b>Norma</b> Neurosis

contradican por la percepción. Cuanto más imprevisible es aquello con lo que se enfrenta (por ejemplo, el turno), más fracasa. El lenguaje modela la realidad visual, sirve de marco a las hipótesis acerca de la visión del mundo del enfermo agnóstico. Existe una coherencia de los síntomas del paciente agnóstico que afecta al tratamiento de los estímulos visuales sea cual sea su forma (imagen, objeto, aunque también escritura), incluso si el grado de gravedad del trastorno puede hacer que los síntomas no aparezcan sistemáticamente en todas las ocasiones (no hay por qué aislar la forma de tratar visualmente el escrito del resto y bautizar este síntoma como «alexia»). Se observa que incluso frente a un trastorno «natural» como la agnosia, la observación se complica por la existencia de la dialéctica.

### Afasia

Se puede tomar como ejemplo el caso del «Pequeño salvaje»: el doctor Itard había intentado enseñar a Víctor la palabra «libro» haciéndole asociar el sonido /libr/ a un libro muy preciso [(a) en la figura 1], lo que Víctor consiguió hacer. Sin embargo, cuando Itard le presentó un libro con formato diferente, Víctor ya no llevó a cabo la asociación. No accedía al concepto (c) sino al aprendizaje de un etiquetado.

La afasia es la alteración de una parte de una facultad implícita (b) que hace que se analicen (que se estructuren) los sentidos y los sonidos. No existe en este sentido nada de sensitivo ni de motor. Es a esta facultad a la que Víctor no podía acceder. Si se trata de una afasia de Wernicke, el enfermo afásico pierde debido a una lesión cerebral la facultad de oponer los sonidos (afasia de Wernicke fonológica) y/o los sentidos (afasia de Wernicke semiológica). Lo que se observa son los medios de compensación: al no poder diferenciar, el paciente compensa mediante el análisis sobre el otro eje, desarrolla. De este modo, el paciente con afasia de Wernicke semiológica desarrolla texto sin que éste pueda resultar informativo ya que al no diferenciar realiza parafasias (ya no puede oponer entre sí los elementos de la estructura lexical). Por ejemplo, ante la imagen de una casa: «es un... ¡eh!, pero si lo sé, un... yo tengo uno... un refugio de animales, ¡no!... para... ¿cómo decirlo?, para vivir, una...».

Por el contrario, el paciente que presenta afasia de Broca puede diferenciar, pero no puede analizar cuantitativamente su discurso: ya no lo segmenta en unidades lingüísticas y no puede por lo tanto desarrollar, contentándose con yuxtaponer los elementos lexicales sin poder generar frases. Si no se encuentra en el estadio más grave de la restricción cuantitativa, el mutismo y a continuación, la estereotipia,

habla de una forma semejante al estilo telegráfico (por ejemplo, ante una imagen en la que un bebé llora, dirá: «bebé lágrimas», ya que la unidad nominal y la unidad verbal ya no están combinadas normalmente; pero su discurso es informativo, ya que el paciente puede oponer los elementos lexicales).

Lo que se ha intentado explicar rápidamente para los trastornos semiológicos (análisis del sentido) se observa a nivel del análisis (implícito) del sonido: el paciente con afasia de Wernicke fonológica no puede oponer los rasgos pertinentes (por ejemplo, en los sonidos /p/ y /b/ solamente existe oposición de dos rasgos pertinentes: «sordo» y «sonoro») mientras que el paciente con afasia de Broca ya no tiene el marco de la unidad: el fonema.

## La actividad y sus trastornos

### Apraxias

El paciente no presenta un trastorno motor, pero ha perdido lo que permite pasar de la motricidad a la gestualidad (o praxia). No es la «idea» del gesto la que se ve alterada, como lo permitiría suponer el término «apraxia ideomotora» (ya que el trastorno que se estudia en este apartado corresponde a lo que se ha descrito bajo este término), sino el gesto en sí mismo: de este modo, en la apraxia bucofacial, a pesar de la ausencia de déficit motor, el enfermo ya no puede hinchar las mejillas o soplar, etc. En caso de apraxia de la mano, el enfermo pierde su destreza.

### Atecnia

La atecnia es la alteración de una facultad (análoga al análisis gramatical alterado en la afasia pero independiente de ésta ya que existen casos puros de atecnia), también implícita, que hace que se analice técnicamente lo que hay que hacer y los medios para conseguirlo. Tampoco en este caso tiene nada que ver con un trastorno sensitivo o motor ni con la apraxia, que es una alteración de la gestualidad.

Los pacientes con atecnia pueden mostrar una destreza sin par, por ejemplo manteniendo derecho un lápiz antes de intentar encender la punta, en un test en el que se trata ante material diverso de producir luz. Tampoco en este caso la idea está alterada (de donde proviene el rechazo del término «apraxia ideatoria») sino el análisis técnico del que, en tanto que humanos, estamos todos implícitamente dotados y que hace del hombre un *homo faber*.

Se observan dos tipos de atecnia (análogos a las dos clases de afasia): en un caso, el paciente no puede diferenciar los materiales o las tareas (en fase aguda, el enfermo podrá poner la espuma de afeitarse en el cepillo de dientes, por ejemplo); en el otro, no puede segmentar su actividad en unidades (con respecto a los medios o lo que tiene que hacer). En este segundo caso, se observa una tendencia a yuxtaponer formas de proceder que dan la impresión de que el enfermo escotomiza etapas (ejemplo: en fase aguda, pondrá el café molido directamente en el portafiltros, equivalente del «bebé lágrimas» del paciente con afasia de Broca). En fase de estado las alteraciones son sobre todo perceptibles con respecto a la escritura y la lectura, que pueden verse alteradas en caso de atecnia, así como el dibujo o cualquier otra actividad técnica. Es el caso del ejemplo que se presenta a continuación (fig. 2). Un estudiante de 20 años presenta tres meses después de su anoxia alteraciones técnicas que se manifiestan por ejemplo cuando se le pide calentar café, ya que coloca el vaso lleno directamente en la llama de la cocina. Los síntomas son también importantes en la escritura y en la lectura (no presenta ningún signo de afasia ni de agnosia visual).

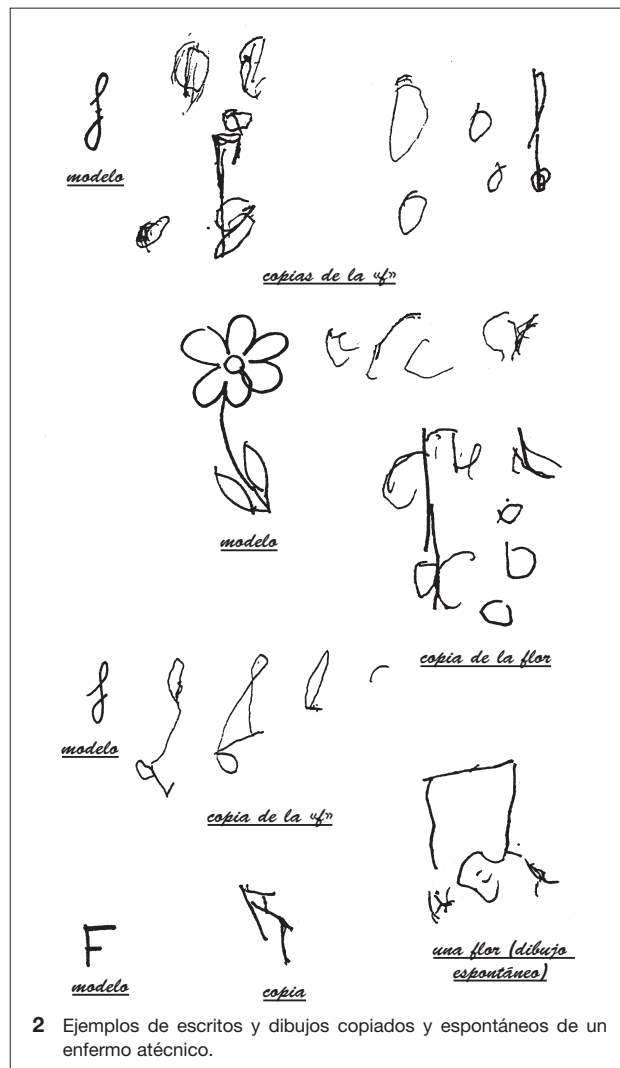
## El ser y sus trastornos

### Heminegligencia

Este trastorno se sitúa en el ámbito del concepto de hemiasomatognosia, caído en desuso en beneficio de explicaciones en términos de alteración de la atención. Los autores de este fascículo creen que esta antigua concepción de la heminegligencia daba buena cuenta de las alteraciones observadas clínicamente en el cuerpo del paciente, pero rechazan el término de gnosia ya que no piensan que el conocimiento del cuerpo ni incluso su imagen estén implicados, sino la propia frontera que por un lado lo crea, al mismo tiempo que crea el espacio extracorporal por el otro. Sin presentar un trastorno motor o sensitivo (con respecto a la sensibilidad táctil), el paciente puede parecer completamente paralizado de un lado; si toca este lado en su cama, cree que se trata de otra persona. Existen síntomas por ambas partes de la frontera corporal: todas las informaciones que llegan de un lado no son (o son mal) integradas (y se observan fenómenos de «extinción sensitiva»). El paciente se comporta como si una parte de su cuerpo y del espacio extracorporal ya no existiese para él: no existe sentimiento alguno de falta, hasta tal punto que si dicho paciente, arquitecto antes de su accidente vascular cerebral, dibuja el plano de la habitación donde se encuentra, lo hace con un lado totalmente abierto (ausencia de pared, etc.), copia la figura de Rey de la misma forma (abertura en un lado, forma de proceder a partir del lado integrado progresivamente hacia el otro con pérdida de las referencias espaciales, etc.), solamente lee un lado del texto y sólo utiliza una parte de la hoja para escribir, etc. Se ha estudiado todo lo relacionado con las consecuencias visuales del trastorno [7], aunque según los autores su importancia ha sido exagerada pues los síntomas que se manifiestan en este terreno deben considerarse como uno de los aspectos de un trastorno más global que afecta simultáneamente al cuerpo (y por lo tanto, todas las informaciones sensitivas que le llegan y la motricidad que «parte» de él) y al espacio extracorporal.

### Asomasia

Corresponde a los trastornos de la memoria aunque los autores del fascículo piensan que estos últimos sólo son síntomas de un trastorno que tiene consecuencias sobre el

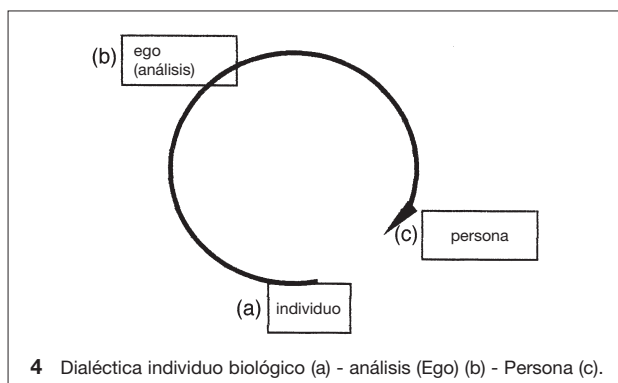


análisis (social, relacional). Estos pacientes han perdido a veces mucho sus facultades pero a menudo no tienen sentimiento alguno de pérdida y por lo tanto no piden rehabilitación. No se ven a sí mismos con necesidad de ser atendidos y no reconocen al personal médico como cuidador. Ciertamente, el paciente asomático puede admitir algunos síntomas (por ejemplo, con respecto a la memoria) pero su trastorno no le permite poner este hecho en relación con otros en el plano social. Por ejemplo, uno de los pacientes tratados reconoce varios meses después de su traumatismo craneal que presenta alteraciones de la memoria pero pide reanudar sus estudios universitarios. No puede relacionar dos situaciones sociales diferentes. Un ejemplo de esta dificultad es la incapacidad de captar la sátira (sociológica) de algunos dibujos humorísticos o historietas (fig. 3). Pacientes asomáticos cultos que se han recuperado bien a pesar de todo interpretan regularmente al faraón como una visita del herido en el hospital (se toma a menudo al faraón por la mujer del herido), sin que ello les parezca paradójico: actualizan una situación —a menudo la suya, la de hospitalización— y no captan que el dibujante ha introducido otra incompatible con la primera —con signos de pertenencia sociológica a otro lugar, a otra época—; con mayor motivo, no captan la intención humorística del autor.

Cuanto más se describen las alteraciones de la memoria y más son objeto de investigaciones minuciosas [4] —¡la psicología cognitiva ha distinguido unas veinte memorias diferentes!—, menos se pone de relieve lo que es más importante desde un punto de vista clínico, las consecuencias del trastorno (la asomasia) sobre la persona (fig. 4) o bien, a



3 Dibujo de Serre (Glénat: «Humor negro y hombres de blanco»).



4 Dialéctica individuo biológico (a) - análisis (Ego) (b) - Persona (c).

menudo, estas consecuencias son atribuidas a un síndrome frontal o a alteraciones psicopatológicas. En el adulto, al alterar al individuo biológico (o somasia), el trastorno perturba la dialéctica existente entre aquél y el ego (es decir, la estructura que permite ausentarse de los papeles que la sociedad le asigna); el ego es la ausencia pero recupera su valor en la persona incluso si, como para el objeto y el concepto, el individuo y la persona no coinciden.

Puede observarse una dificultad para ausentarse (para descentrarse) como es el caso de uno de los pacientes, joven de 20 años víctima de una anoxia con una asomasia como consecuencia. Sin presentar signo alguno de agnosia visual, una viñeta de «Tintín en el Tibet» de Hergé en la que se representa un avión estrellado en la montaña nevada es interpretada por dicho paciente, que ha vuelto hace poco de practicar deportes de invierno, como una escena que tiene lugar en una estación de esquí: ve los telearrastres, etc. La escena es totalmente reinterpretada en función de su historia que él reactualiza, sin poder descentrarse. A veces el enfermo ya no puede recuperar su facultad de ausentarse en la realidad: se trata entonces de pacientes que parecen totalmente ausentes o incluso delirantes. Otra manifestación del trastorno es el hecho de poder adherirse a la situación de enfermo, es decir, al discurso del otro, ya que es el otro el que les hace ser, les da un contenido. En todos los casos, el enfermo asomático no puede ser «varios» a la vez, no es capaz de ubicuidad [8] contrariamente a la persona normal, de la misma manera que no puede captar simultáneamente las dos situaciones sociales en el dibujo del faraón.

Las consecuencias son importantes desde el punto de vista de la reinserción ya que se utiliza el hecho de que el paciente «se adhiere» a la situación profesional anterior, lo que le permite adecuarse a pesar de la persistencia de síntomas

por otro lado. Es diferente para el niño y el adolescente que aún no han tenido acceso a la vida social (o no poseen experiencia anterior en el ejercicio de una profesión).

La originalidad de la asomasia reside por lo tanto en el hecho de que el trastorno, a pesar de una gran apariencia de normalidad, a veces provoca síntomas importantes en los tests (y en cualquier situación abstracta como la situación escolar) mientras que el paciente puede mostrarse suficientemente adaptado en una situación concreta, conocida, que le ampara (lo que hace a veces que la minusvalía sea «invisible»); es apoyándose en esta característica del trastorno (que solamente el modelo teórico permitía prever) como se han conseguido reinserciones profesionales precoces en el puesto de trabajo anterior, incluso en profesiones de gran responsabilidad, a pesar de la persistencia de síntomas a veces importantes en la vida cotidiana y, por supuesto, en los tests. Esto sólo ha sido posible gracias a una rehabilitación apropiada, un seguimiento de la familia (ya que sin su apoyo la reinserción profesional es imposible) y un método de reinserción activa, utilizando en particular las estancias ergoterapéuticas en empresa [3,5].

## La conducta y sus trastornos

### Abulia

Este trastorno agrupa lo que se describe habitualmente bajo el término de «síndrome frontal» que a partir de Luria [10] ha sido descrito muy bien con respecto a las dificultades de estrategia [9] que provoca (en el razonamiento matemático, la dirección de la narración, la copia de la figura de Rey, etc.). Sin embargo, lo que parece central en un método terapéutico es la anosognosia, es decir, el hecho de que el enfermo no tenga juicio crítico alguno sobre sus secuelas.

En el enfoque que aquí se presenta el síndrome frontal es una alteración de la pulsión (o bulia): el enfermo posee afectos pero éstos no desencadenan reacciones (pulsiones) normales; se trata de una alteración de la «puesta en marcha» de cualquier tipo de conducta (gestual, verbal, social, etc.), por la que el enfermo se ve entregado a sus impulsos y sus compulsiones. Se observa una perturbación de la dialéctica que va de la pulsión al deseo legítimo (mediante la Norma —la autocensura—).

Este trastorno presenta dos aspectos.

*Un aspecto inhibido* en el que los enfermos no se ponen en marcha espontáneamente pero pueden ser provocados por el ambiente («conducta de utilización», etc.); tienen un aspecto inexpressivo: su cara y su voz no expresan ninguna emoción y parecen rígidos y petrificados. Sin embargo, esto no debe llevarnos a una ilusión: en la piscina, una de las pacientes (con abulia de aspecto muy inhibido) nadaba impasible en la parte profunda cuando el reeducador le preguntó cómo estaba. Ella respondió con una voz plana y monocorde, sin que su cara cambiase de expresión: «¡siento pánico!». Esto ilustra bien el desfase existente entre lo que expresa el paciente espontáneamente (¡nada!) y lo que es capaz de sentir.

*Un aspecto desinhibido* en el que el paciente se pone en marcha de forma totalmente anárquica, pareciendo haber perdido toda censura. El enfermo presenta dificultades para elaborar algún proyecto de conducta de cualquier tipo, lo que implica defecto de «estrategia», de «programación» o de «planificación» perceptible en la dirección del discurso, la narración, el razonamiento matemático, la copia de la

figura de Rey, etc. El paciente se lanza impulsivamente, sin ninguna posibilidad de recapacitación previa, de previsión. Los enfermos parecen no desear nada (al margen de impulsos y de compulsiones), por alteración del «ello» pulsional que «empuja» al individuo normal, le anima, lo pone en marcha, «ello» normalmente pasado por el filtro de la censura, para desembocar en un deseo que no es pulsional, en un deseo censurado, legítimo; o bien, parecen ponerse en marcha de forma anárquica como si ya no existiese freno. Esta desinhibición no es una alteración directa de la autocensura sino de la bulia que perturba su puesta en marcha. El enfermo está entregado a sus impulsos: sexuales, alimentarios, técnicos (un enfermo desmontaba compulsivamente todo lo que se encontraba a su alcance en su habitación), verbales (logorrea), lógicos (con respecto a los datos matemáticos, el enfermo puede practicar operaciones en el orden en que aparecen en el enunciado, independientemente de la pregunta planteada y del razonamiento necesario para responderla), relacionales (megalomanía, etc.). Esta alteración de la pulsión tiene consecuencias sobre la autocensura y el juicio: el enfermo no se evalúa como tal, no se queja de sentimiento de pérdida alguno.

A los enfermos abúlicos también se les engaña con los dibujos o historietas humorísticas aunque no de la misma forma que a los enfermos asomáticos; los primeros, en general, ven las dos situaciones pero no la contradicción que existe entre ambas (los enfermos asomáticos sólo ven una situación a la vez). Ambos tipos de pacientes no perciben nunca el segundo grado (aunque no por las mismas razones). Un test como el de Rosenzweig es también interesante: el paciente abúlico puede estar completamente desinhibido (fig. 5) o por el contrario, pedir perdón sin parar. Sin embargo, lo más revelador es a menudo la forma como el paciente se autoevalúa y analiza su situación.

Desde los últimos 20 años los trastornos neuropsicológicos que aparecen bruscamente después de una lesión cerebral son objeto de numerosas investigaciones y de modelos explicativos variados. El enfoque que se ha presentado inspirado en la teoría de la mediación de Gagnepain ha permitido, gracias a su aspecto heurístico, construir con el paso de los años una terapéutica institucional, particularmente



frente a determinadas consecuencias conductuales y relacionales. No se trata solamente de rehabilitar una alteración sino de tomar en cuenta al paciente en el conjunto de sus relaciones familiares y profesionales con vistas a su inserción [1, 2].

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: DE LABARTHE J et GUÉRIN-BONVOISIN F. – Atteinte des fonctions supérieures à la suite de lésions cérébrales: approche neuropsychologique. – *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris-France), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-454-A-10, 1998, 6 p.

## Bibliografía

- [1] Bellamy O, Cano-Lebourhis M, Guérin-Bonvoisin F, de Labarthe J. Psychorééducation chez les lésés cérébraux. *Rev Med Assur Mal* 1996 ; 3 : 46-52
- [2] Bellamy O, Guérin-Bonvoisin F, Le Gal C, Pelé S. Clinique thérapeutique et asomatie. Comment soigner quand le thérapeute fait être le malade ? *Revue Tétralogique*, PUF, Rennes, 1993 : 187-209
- [3] Blaise JL, de Labarthe J. Le stage ergothérapeutique en entreprise : un outil spécifique dans la réadaptation du traumatisé crânien. *Rencontres Reeduc* 1991 ; 4 : 71-84
- [4] Bruyer R, Van Der Linden M. Neuropsychologie de la mémoire humaine. Presses Universitaires de Grenoble, 1991
- [5] de Labarthe J. Être ou ne pas être dans la prise en charge spécifique des traumatisés crâniens. *Rev Med Assur Mal* 1992 ; 4 : 52-56
- [6] Gagnepain J. Du vouloir dire. Livre et Communication, Paris, 1991
- [7] Gainotti G. L'hémignégligence. *La Recherche*, avril 1987
- [8] Guérin-Bonvoisin F. La personne sans sujet. [thèse], Rennes, 1992 : 1-314
- [9] Legall D, Aubin G. Lobe frontal et syndromes frontaux. *Rev Neuropsychol Lang Fr* 1994 ; 4 (n° spécial)
- [10] Luria AR. Les fonctions corticales supérieures de l'homme. Paris : PUF, 1978
- [11] Sabouraud O, Gagnepain J, Sabouraud A. Vers une approche linguistique des problèmes de l'Aphasie. Extrait de la *Revue de Neuropsychiatrie de l'Ouest*. Rennes : Imprimeries Réunies, 1963