

Antecedentes

El inicio de la historia moderna de la afasia suele situarse en la conmoción que produjo el informe de Broca (1861) de que la lesión cerebral responsable de la pérdida del habla articulada se encontraba en el pie de la tercera circunvolución frontal. Sin embargo, el fenómeno de la pérdida del habla a causa de un daño encefálico es tan antiguo como la historia de la medicina. La revisión de Benton (1964) estableció que casi todos los síntomas afásicos actualmente reconocidos fueron descritos mucho antes del siglo XIX. Las tres décadas que precedieron a la histórica contribución de Broca fueron testigos de un creciente interés y de controversias acerca de los mecanismos de los trastornos orgánicos del lenguaje (Hécaen y Dubois, 1969), de tal modo que los acontecimientos de 1861 cayeron en terreno fértil.

Hasta el Renacimiento, los deterioros del habla por lesión cerebral no eran distinguidos de los deterioros de la memoria o de los trastornos del control de la voz o de la lengua. Los casos de deterioro selectivo de aspectos del lenguaje eran descritos como curiosidades médicas aisladas y no se concebía que tuvieran relación con otros casos del mismo tipo. Sin embargo, ya en el siglo XVIII, queda registrada en la literatura médica la idea de que existía una facultad autónoma del lenguaje. La asociación casi exclusiva de la pérdida del lenguaje con una lesión en una porción del hemisferio cerebral izquierdo fue expuesta por Broca en 1865, y este descubrimiento hizo cristalizar la idea de un sistema del lenguaje autónomo en el cerebro al proporcionarle una cobertura anatómica. Por otra parte, transcurridas unas cuantas décadas después de los primeros descubrimientos localizadores de Broca, se hizo patente que ciertos patrones específicos de la pérdida del lenguaje podrían ser asignados fiablemente a lesiones en regiones particulares del área del lenguaje.

La fascinante historia de estos descubrimientos y las teorías del siglo XIX acerca de la organización neurológica del lenguaje se recogen en los

trabajos clásicos de Head (1926), Weisenburg y McBride (1935) y en los artículos históricos recientes de Benton (1964) y Geschwind (1966). También podemos hacer referencia a los resúmenes históricos de Goodglass (1988, 1993).

Los protocolos de los exámenes de los neurólogos en el denominado período “clásico” de la afasiología (1860 a 1900) a menudo ponen en evidencia una investigación detallada del rendimiento del lenguaje de sus pacientes en todas sus modalidades. Además, puesto que estos investigadores solían estar al tanto de los conocimientos lingüísticos de su época, prestaron atención a muchos de los aspectos más sutiles de los trastornos del lenguaje, incluido el análisis de las aberraciones de la gramática y la sintaxis.

En esta presentación nos proponemos continuar con la tradición de abordar el examen de la afasia como un análisis psicológico acompañado de una medición de las habilidades relacionadas con el lenguaje, por un lado, y como el problema de relacionar configuraciones particulares de síntomas con sus correlatos neuropatológicos por el otro.

OBJETIVOS DEL EXAMEN DE LA AFASIA

El examen de la afasia puede dirigirse a alguno de estos tres objetivos generales: 1) diagnóstico de la presencia y el tipo de síndrome afásico, que da lugar a inferencias concernientes a la localización cerebral y a los procesos lingüísticos subyacentes que pueden haber sido dañados, así como a las estrategias utilizadas para compensarlos; 2) evaluación del nivel de rendimiento a lo largo de un amplio rango de pruebas, tanto para la determinación inicial como para la detección del cambio en el tiempo; 3) evaluación global de las dificultades y posibilidades del paciente en todas las áreas del lenguaje, como guía para el tratamiento.

Es posible diseñar pruebas que cumplan bien con alguna de estas funciones, pero que resultan insuficientes para la otra o para las otras dos. La presente batería de tests está diseñada con el fin de cumplir estos tres objetivos, haciéndola muy útil para el logopeda, el neuropsicólogo y el neurólogo.

CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DIAGNÓSTICO DEL EXAMEN DE LA AFASIA

El objetivo diagnóstico se logra mediante el muestreo detallado de todas las variables del rendimiento del lenguaje que han demostrado ser útiles en la identificación de los síndromes afásicos. Desde la publicación de nuestra edición de 1983, varios aspectos del deterioro del lenguaje en la patología del lenguaje han ganado reconocimiento en la literatura. Uno de estos aspectos es el procesamiento de la sintaxis en la comprensión del lenguaje oral. Otro es la disociación entre el procesamiento grafonémico (la lectura de funciones gramaticales) y la vía semántica directa en la lectura, lo que identifica los síndromes de dislexia profunda y dislexia fonológica. Además, existe un interés mayor en el análisis de las capacidades del discurso de los pacientes afásicos, objetivo que requiere la producción de una muestra más grande de narrativa libre de lo que habitualmente se obtiene con la lámina del Robo de las Galletas.

Para lograr estos objetivos diagnósticos, nos enfrentamos al compromiso inevitable entre una evaluación diagnóstica abarcativa y la economía de tiempo. Hemos intentado resolver este conflicto proporcionando tres niveles de extensión de la evaluación diagnóstica. El procedimiento del Test Estándar es bastante similar al formato actual del TBDA (Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia) en la longitud y profundidad de su cobertura. Las pruebas más intensivas de narrativa libre, procesamiento de categorías particulares de palabras, comprensión sintáctica, lectura y escritura, se evalúan mediante subtests opcionales del “Formato Ampliado”, intercalados en el folleto de examen en los puntos donde son más relevantes. Para el examinador que se ve presionado por el tiempo para limitar la profundidad y la extensión de la evaluación, hemos provisto un “Formato Abreviado” que incluye subtests seleccionados y elementos seleccionados en cada subtest. Los elementos del Formato Abreviado están indicados en el cuadernillo de Registro Estándar en negrita, pero tam-

bién se ha extraído y presentado por separado el Formato Abreviado en un Cuadernillo de Registro del Formato Abreviado y en el libro de Láminas de Estímulo para el Formato Abreviado.

CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE MEDICIÓN

Hemos intentado que el procedimiento para cada subtest sea tan independiente como sea posible de factores contaminantes, dado que prácticamente no existe ninguna prueba factorialmente pura. El usuario reconocerá subtests que deben su presencia a la sintomatología conocida de la afasia. Por ejemplo, explícitamente investigamos el habla seriada, la repetición, la producción y la comprensión de palabras de categorías especiales como objetos, acciones, partes del cuerpo, colores, letras y números. Además, mediante escalas de puntuación y la clasificación de errores, se le orienta al examinador hacia aquellos rasgos del lenguaje que no pueden reducirse fácilmente a términos de correcto-incorrecto, pero que tienen una importancia fundamental para llegar a una decisión diagnóstica. Entre estas características se encuentran la entonación, la fluidez, la anomia, la organización sintáctica y las distintas formas de parafasia.

La función de medición incluye ciertos requisitos que se logran en este examen. Primero se encuentra el requisito de un amplio rango de dificultad, para que la prueba sea adecuada para los pacientes más graves y para aquellos que sólo tienen un deterioro leve. El rango de dificultad es particularmente importante cuando hay un seguimiento longitudinal de los pacientes desde el inicio de la afasia, en su forma más grave, hasta un nivel de discapacidad mucho más leve. En segundo lugar, el muestreo de elementos en cada subtest debe ser suficiente para la fiabilidad en la discriminación de cambios. Y en tercer lugar, los subtests requieren estandarización a fin de poder evaluar el rendimiento de los pacientes en términos de un criterio externo: la distribución de puntuaciones en la población de pacientes afásicos y normales.

CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN GLOBAL

El estudio de las posibilidades y dificultades del paciente afásico se completa comparando la eficacia de diversas vías alternativas para estimular el habla, la comprensión, la escritura y la lectura. Este estudio

no sólo es excepcionalmente completo, sino que además la disponibilidad de percentiles para cada subtest exige al examinador de tener que hacer juicios puramente subjetivos acerca de la alteración relativa del paciente en un área respecto de otra. En esta edición, incorporamos algunas pruebas opcionales, en el denominado “Formato Ampliado”, las cuales permiten al examinador sondear en mayor profundidad las dimensiones de la función del lenguaje para obtener un cuadro más completo de los déficits subyacentes del paciente. El formato actual del test refleja el progreso logrado en el estudio psicolingüístico de la afasia desde 1983.

LIMITACIONES

Las limitaciones de esta batería de pruebas son las inherentes a todo examen de afasia. Los materiales y procedimientos provistos sirven simplemente como un marco de trabajo conveniente para muestrear los rendimientos relevantes del paciente. Estos materiales y procedimientos proporcionan respuestas, pero sólo cuando el examinador considera que cada procedimiento plantea un interrogante. El muestreo no es exhaustivo, de modo que el examinador debe sentirse libre de introducir variaciones respecto de los procedimientos estandarizados con el fin de explorar aún más las vías sugeridas por los errores de un tipo particular. Las pruebas opcionales del “Formato Ampliado” que se encuentran en esta edición pretenden anticipar algunas de las necesidades de una exploración más extensa.

El perfil de las puntuaciones no proporciona automática ni objetivamente una clasificación diagnóstica, ni indica la acción terapéutica óptima. Cuanto mayor es la experiencia del examinador, más útiles serán las interpretaciones que pueda extraer del registro de la prueba. Las ilustraciones de casos servirán como guía, pero no como un recetario diagnóstico.

PRINCIPIOS SUBYACENTES

A partir del análisis precedente es obvio que el objetivo principal del examen de la afasia es la delineación del nivel y de la calidad de la función en los distintos componentes que trabajan en conjunto para constituir la capacidad de lenguaje. Reconocemos que la gravedad global del deterioro en el uso del lenguaje es una construcción indispensable en la evaluación de la afasia, aunque puede parecer frustrantemente engañosa en los casos en que hallamos un deterioro profundo en un

área y la función preservada en otras. En el examen actual, la gravedad global deriva de una combinación de puntuaciones en los subtests individuales. Además, se proporciona una clasificación grosera pero útil de la eficacia de la comunicación. Consideramos que el patrón de funciones preservadas y deterioradas es un indicio del daño estructural subyacente del cerebro, sobre la base de más de un siglo de correlaciones observadas entre los sitios de lesión encefálica y los patrones frecuentes de deterioro resultante del lenguaje.

Es frecuente representar la organización del sistema del lenguaje como una jerarquía de cajas, que representan los estadios del procesamiento, conectados entre sí por flechas que representan el camino de una operación lingüística a través de distintos estadios. Se ha sugerido que un examen de afasia teóricamente bien fundamentado debe proveer subtests que evalúen explícitamente el funcionamiento de cada uno de estos estadios, de modo que el producto final del examen pueda ser un diagrama de cuáles son los componentes que están funcionando correctamente y cuáles están dañados. Hasta ahora, los intentos por implementar estas pruebas inspiradas en modelos han conducido a perfiles que describen el modelo, pero dejan al paciente fuera del cuadro. La razón para este estado de cosas es que la afasia no puede reducirse a los elementos de una teoría lingüística o a estadios en una secuencia de procesamiento cognitivo. Desde nuestro punto de vista, la lingüística y la teoría cognitiva se han aplicado eficazmente al conocimiento de aspectos particulares de los trastornos del lenguaje en la afasia, y en ese sentido, deben reflejarse en el contenido del examen. Pero es tarea del diseñador del test utilizar los conocimientos lingüísticos y cognitivos para comprender el trastorno afásico, no utilizar el trastorno afásico para establecer un modelo particular.

De manera específica, mientras la teoría lingüística propone principios que gobiernan la complejidad de las estructuras sintácticas, los intentos por diseñar tests que promuevan el uso de estructuras de distintos niveles de complejidad han conducido a dificultades en la administración y en la puntuación, ya que no se les puede restringir a los pacientes afásicos a producir sólo los tipos sintácticos que desea el examinador. Con fines clínicos, la mejor forma de evaluar la producción sintáctica es obtener la producción narrativa libre. Además, hemos descrito técnicas de examen que producen tipos morfológicos específicos, pero no las incluimos en este examen porque no son económicas y porque la narrativa libre logra una información

suficiente sobre su uso. Es importante tener en mente que la capacidad de la lectura oral para los morfemas gramaticales ha sido reconocida como un indicio sensible de la dislexia profunda, por lo que se incorporan medidas apropiadas en la sección de Lectura. Por lo tanto, hemos adoptado la postura de que, simplemente porque exista un lugar en un esquema cognitivo o lingüístico para una operación o construcción particular, no estamos obligados a convertirlo en el blanco de un sub-test. Sólo lo hacemos si se ha observado que dicha construcción es la base de un síntoma afásico característico y si éste puede ser evaluado de una forma reproducible y fácilmente cuantificable.

En contraste con lo anterior, la afasia se nos presenta con muchos rasgos que exigen medición o cuantificación, aunque no figuren en modelos cognitivos o lingüísticos. Entre ellos se encuentran los defectos de la articulación, los tipos de parafasia,

los trastornos en la repetición y fluidez de palabras y oraciones, o la perseveración. Un examen ideado para satisfacer un diagrama de flujo cognitivo, sin tener en cuenta estas características clínicas, no tiene mucho valor.

En resumen, nuestro objetivo primario ha sido la utilidad clínica y, con ese fin, una organización en términos de las cuatro modalidades principales de aferencia y eferencia es el marco de trabajo racional que hemos elegido. La sección de apertura, dedicada al Habla de Conversación y Exposición, refleja nuestra convicción continua de que es el procedimiento clínicamente más estratégico para empezar el examen. Dentro de este marco de trabajo, hemos destacado la medición de los rendimientos que son característicos para el diagnóstico de la afasia y hemos incorporado procedimientos adicionales (algunos opcionales) basados en la investigación neurolingüística reciente.