

LINGÜÍSTICA - LA AFASIA

LA AFASIA COMO PROBLEMA SEMÁNTICO, ESTADO DE LA CUESTIÓN EN PERÚ, ESPAÑA E ITALIA

por

Bindú Tapia Vásquez - Universidad Internacional de la Rioja

Vanessa Rozas Calderón - Universidad Andina del Cusco

Santiago Sevilla-Vallejo - Universidad de Salamanca

RESUMEN

La afasia es un conjunto de trastornos que afectan al lenguaje, a la psicología y a la identidad del sujeto. Tienen una notable prevalencia en trastornos de daño cerebral adquirido. Los datos sobre su prevalencia y tratamiento todavía no son muy precisos, pero el perfil habitual de los pacientes se mantiene en los estudios recogidos en distintos países. Se presentan los datos más destacados de Perú, España e Italia. El trabajo por niveles lingüísticos es útil para operativizar el estudio y la intervención, si bien hay que tener presente que el cerebro funciona de forma modular y, por lo tanto, cada paciente tiene problemas en distintos niveles. La afasia puede convertirse en un problema muy invalidante, especialmente en el caso de la afasia semántica porque dificulta cualquier operación simbólica. En cualquier caso, la afasia necesita un largo tratamiento, pero se pueden ofrecer herramientas al paciente que en un plazo menor le ayuden a comunicarse. Por ello, este trabajo recoge recursos simbólicos y recursos de expresión oral que estudios previos han comprobado que resultan positivos. Asimismo, se realiza una propuesta de intervención a través de la narración, porque ofrece estos recursos que van más allá de los déficits del paciente, promueven la confianza en el paciente para superar trastornos psicológicos e incitan como resultado que elabore una identidad más compleja.

Palabras clave Afasia, percepción del habla, prevalencia, tratamiento, identidad

ABSTRACT

Aphasia is a group of disorders that affect the language, psychology and identity of the subject. They are highly prevalent in acquired brain damage disorders. The data on its prevalence and treatment are still not very precise, but the usual profile of patients is maintained in studies collected in different countries. The most outstanding data from Peru, Spain and Italy are presented. To use linguistic levels is useful to operationalize the study and the intervention, although it must be borne in mind that the brain works in a modular way and, therefore, each patient has problems at different levels. Aphasia can become a very disabling problem, especially in the case of semantic aphasia because it makes any symbolic operation difficult. In any case, aphasia needs a long treatment, but tools can be offered to the patient that in a shorter period of time will help them to communicate. Therefore, this work collects symbolic resources and oral expression resources that previous studies have shown to be positive. Likewise, an intervention proposal is made through narration, because it offers these resources that go beyond the deficits of the patient, promote confidence in the patient to overcome psychological disorders and as a result incite him or her to develop a more complex identity.

Keywords Aphasia, speech perception, prevalence, treatment, identity

INTRODUCCIÓN

1.1 Definiciones de la afasia

La afasia es un conjunto de trastornos de una gran complejidad, que hay que deslindar de otros trastornos de na-

turaliza neuropsicológica. Hécaen (1977) la define como un déficit en la comunicación verbal resultante del daño cerebral. Goodglass y Kaplan (1972) consideran a la afasia como un conjunto de perturbaciones del lenguaje oral y escrito que son producidas por lesiones en ciertas áreas cerebrales. Estos mismos autores afirman que no pueden ser consideradas como

desórdenes afásicos las alteraciones de articulación de palabras y las alteraciones de la escritura debidas a la incoordinación o parálisis de los músculos correspondientes, ya que éstas se deben a la afectación intelectual severa o alteraciones visuales o auditivas que no están relacionadas. Para Álvarez (2008) se caracteriza por la pérdida total o parcial de la capacidad de comprender o utilizar el lenguaje ya formado, lo cual está dado por una dificultad de carácter sensorial o motriz, y que tiene como causa una alteración o lesión orgánica a nivel cortical en las áreas correspondientes a los analizadores auditivo-verbal y verbo- motriz (citado en Rodríguez et al., 2011). Por lo tanto, no se puede hablar de afasia si el sujeto no ha adquirido aún el lenguaje o no lo tiene ya formado.

1.2 Aproximación histórica

Para contextualizar el trastorno, vamos a resumir el desarrollo histórico de su diagnóstico. Ardila (2005) plantea un recorrido por el proceso histórico del concepto de afasia, con cuatro periodos en los cuales las investigaciones sobre la afasia y el entendimiento más amplio de esta condición. La aparición de mejores tecnologías ha ayudado a consolidar el concepto que conocemos actualmente.

El primer periodo es el llamado Pre-clásico, en el que se describen las alteraciones del lenguaje, descritas por diversos investigadores desde finales del siglo XVIII hasta aproximadamente el año 1861. Destaca el planteamiento de Franz Gall a inicios del siglo XIX llamado Frenología, en el cual le daba a cada parte del cerebro la atribución de cierta cualidad especializada, hace referencia Ardila que una de las descripciones de Gall sobre la habilidad para el lenguaje y la comunicación estaba localizada en la zona occipital del cerebro y que al tener relación con la vista, se vería también reflejada en la forma de los ojos (2005). Estos datos se han descartado por los estudios posteriores respecto de las zonas cerebrales especializadas, pero estableció la interacción de diversas zonas cerebrales para el lenguaje y otras habilidades.

Más adelante llega el periodo llamado Clásico, que se ubica entre los años 1861 y 1945, en este periodo se sugiere que las lesiones del hemisferio izquierdo afectan a la capacidad del lenguaje y se refuerza la idea localizacionista en la que el cerebro cumple funciones específicas en sus diversas áreas. Broca cobra relevancia por sus trabajos y el término de afemia, usado inicialmente para describir la pérdida del lenguaje, es reemplazado por Trousseau (1865) por el término de “afasia”. Después de acuñado el término de afasia, aparecen los estudios de Wernicke en 1874, en los cuales propone dos tipos de afasia: sensorial y motora, para más adelante, incluir un tercer tipo al que llama afasia de conducción (Ardila, 2006). Durante estos años se refuerza la idea de que las afecciones de un área específica del cerebro se relacionaban con la pérdida de una capacidad específica, sin embargo, más tarde, en los años posteriores a la segunda guerra mundial, las diversas publicaciones de Luria postulan que los fenómenos psicológicos (entre ellos el lenguaje), son sistemas funcionales complejos y, por lo tanto, deberían necesitar de la interacción de varias áreas del cerebro para llevarse a cabo.

Por último el periodo Moderno, abarca desde 1945 hasta la actualidad. Uno de los textos de Luria (1974) ante el abordaje de la psicología es el libro “El cerebro en Acción”, en el que nos recuerda que quien marcó el inicio de la investigación científica de este trastorno es Broca en 1861, quien estudió a un sujeto con trastorno de lenguaje expresivo cuya afectación se da en el tercio posterior del giro frontal inferior izquierdo del cerebro, al cual llamó “El centro de imágenes motoras de las palabras”. Mientras que Wernicke en 1873 descubrió que una lesión en el tercio posterior del giro temporal superior izquierdo del cerebro afecta la comprensión del lenguaje audible, quien le llamó “centro de las imágenes sensoriales de las palabras” o centro de comprensión del lenguaje. Para Ardila (2006) los estudios de Luria marcan un nuevo periodo en la forma de comprender la afasia y otros problemas neurológicos, además de tener un gran sustento, porque

se basan en evaluaciones y observaciones de cientos de pacientes, muchos afectados por lesiones de posguerra. Tienen gran influencia los trabajos del llamado Grupo de Boston, en los cuales se explican los diversos problemas neurológicos y en particular los que afectan al lenguaje, con una visión conexionista, la que plantea que diversos trastornos pueden explicarse por problemas en la transmisión de la información entre los diferentes centros corticales del cerebro. A partir de los años 60 se desarrollan muchas investigaciones importantes sobre estos temas, entre las que destacan en Italia las de DeRenzi, Vignolo y Gainotti sobre afasias y habilidades construccionales y espaciales.

COMPRENSIÓN LINGÜÍSTICA

2.1 Teorías de la percepción del habla

Para comprender la magnitud de la afectación de las personas que viven con afasia en sus diversos tipos, es necesario entender también cómo se desarrolla y percibe el habla, por lo que se van a mencionar algunas de las teorías más importantes al respecto con la única finalidad de situarlas:

Teoría motora o teoría modularista.- Es acuñada por Liberman, Delatre y Cooper (1952). De acuerdo a esta teoría se explica que al percibir los estímulos propioceptivos de gestos articulatorios, determina la percepción del habla, frente a los acústicos, por lo tanto es importante la parte visual, existiendo un mecanismo decodificador para procesar información motora.

Teoría realista - directa.- Fowler (1981-1996) Describe que la percepción es articulatoria o motora, sin embargo no está de acuerdo en el mecanismo decodificador del que hablan Liberman, Delatre y Cooper.

Teoría auditiva general.- Kuhl y Miller (1975 - 1978) Describen los mecanismos perceptivos generales de la audición, indicando que no hay mecanismos específicos o módulo decodificador. Estos autores no están de acuerdo con la teoría modularista.

2.2 Niveles de procesamiento de la lectura

El lenguaje se puede dividir en los procesamientos que implica su comprensión para poder operativizar el estudio de los trastornos y las intervenciones en estos. En el caso de la comprensión escrita tendríamos los siguientes procesamientos:

-Perceptivo, que sirve tanto a la vía fonológica como a la léxica de acceso al lenguaje en función de la naturaleza del texto y del conocimiento del lector; y en el caso del lenguaje oral

-Léxico, que se puede responder tanto a la ruta fonológica como a la léxica según la experiencia de la persona.

-Morfosintáctico, acerca de la estructura de las palabras y las relaciones estructurales que se establecen entre estas.

-Semántico, relativo al significado de cada palabra y a las relaciones de significado que se dan entre las palabras.

-Textual, en el que tiene lugar la integración de las proposiciones del texto, el conocimiento del mundo por parte del lector, las inferencias según los esquemas cognitivos que el sujeto posee y la interpretación del texto (García, 1993, p. 94).

Los dos primeros procesamientos comienzan siendo fonológicos y acaban por ser léxicos. Los tres últimos procesamientos se corresponden con la vía de acceso léxico, es decir, con aquella en la que el significado de las distintas unidades lingüísticas (monemas, palabras, sintagmas y oraciones) guía la lectura hasta llegar al significado global del acto comunicativo. Podemos dividir el lenguaje en una serie de niveles que se organizan en una jerarquía de complejidad del código lingüístico. El estudio del lenguaje por niveles lingüísticos nos permite relacionar los elementos que componen el código con el proceso de comprensión lectora. Una primera aproximación a los procesos de lectura podría ser la siguiente. Primero se reconocen y relacionan los patrones gráficos o grafemas para dar lugar a los monemas (morfemas y lexemas), los cuales ya tienen un significado. Después, la unión de estos da lugar a las palabras, que representan el siguiente

nivel en el significado. A continuación, hay que entender cómo esas palabras se unen en conjuntos de sentido para formar los sintagmas y las oraciones. Por último, el lector relaciona las oraciones para establecer el significado que tiene el texto en su conjunto, teniendo en cuenta el contexto desde el que ha sido escrito y llega al significado global de la intención comunicativa. Esto que acabamos de describir constituye los procesos ascendentes, por los que el lector va progresivamente decodificando y procesando elementos lingüísticos más complejos, pero también existen procesos de lectura descendentes en los que los conocimientos que tiene el lector guían la comprensión. Vamos a apoyarnos en el modelo de Alonso Tapia para explicar mejor la naturaleza de ambos procesos y su relación:

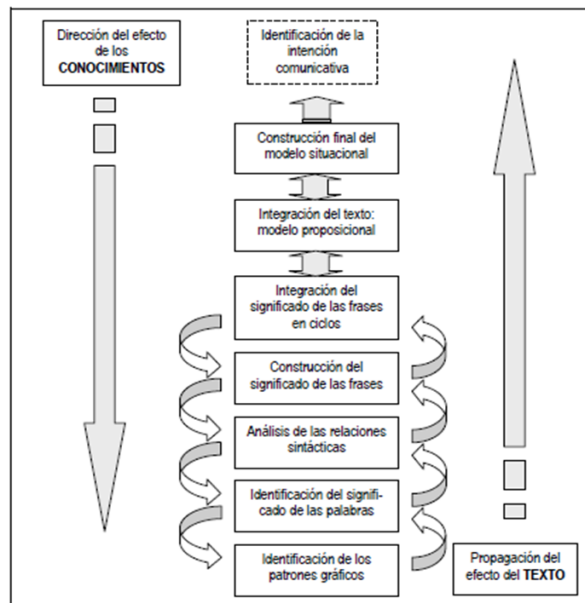


Figura 1. Procesos de lectura (Alonso Tapia, 2005, p. 3)

Como se ha visto, los procesos ascendentes se refieren a una serie de pasos desde los rasgos textuales más simples hasta los más complejos: patrones gráficos, monemas, palabras, relaciones sintagmáticas, significado de las frases (por separado), significado de las frases en ciclos (conjuntos de frases), integración del texto (construcción del significado global del texto) y construcción del modelo situacional (relación de lo anterior con el contexto en el que surge). En este sentido, la

lectura sigue en parte una cadena analítica en la que se va accediendo e incorporando los rasgos textuales cada vez más elaborados. El texto se abriría poco a poco al lector, el cual tendría que ir sumando estos rasgos hasta llegar a la comprensión completa del texto como acto comunicativo. Por otro lado, los procesos descendentes representan el camino contrario. Este es el caso de un lector experto con conocimiento del contenido tratado y del contexto comunicativo y la capacidad para establecer un significado global que guía el proceso de lectura: significado de las frases en ciclos, significado de las frases, relaciones sintagmáticas, palabras y patrones gráficos. La combinación de los procesos ascendentes y descendentes da: «el modelo interactivo, que considera la lectura como un proceso complejo en el cual concurren, de manera interactiva y simultánea, cuatro componentes: el escritor, el lector, el texto y el contexto en el cual ocurre todo el proceso» (Martínez, 2016, p. 17). Esto es muy importante a tener en cuenta porque, tal como señalan Alonzo y Castro (2015, p. 30 ss.), el acceso al lenguaje siempre supone un proceso inferencial, que en el caso de los afásicos puede estar entorpecido por distintos problemas.

Como se ha mencionado en este trabajo, el cerebro tiene una naturaleza interactiva que hace difícil dividir de forma excluyente la afectación de un trastorno en un nivel concreto. Sin embargo, este marco nos permite relacionar la naturaleza del lenguaje y su relación con los problemas ocasionados por la afasia. En este caso, observaremos los aspectos más relacionados con el significado global, que no descartan problemas con los elementos más simples (Grodzinsky, 1988).

Prevalencia de la afasia e importancia de su tratamiento

Es importante prestar atención a la afasia por tres razones. La primera es que la afasia es un conjunto de trastornos que obstaculizan gravemente la comunicación y que tiene una notable prevalencia en trastornos de daño cerebral adquirido. Podemos diferenciar tres planos en el tratamiento de la afasia. El primero sería

el que propiamente se refiere a la competencia comunicativa. La prevalencia de este trastorno gira en torno al 20-40% de las personas que han sufrido infartos cerebrales (González, Lavados y Olavarría, 2017; Sedano y Rodríguez, 2016). El margen de diferencia en las estimaciones del porcentaje hace pensar que el diagnóstico necesita mejorar. Dado que las afasias afectan a los distintos niveles lingüísticos, exigen tratamientos interdisciplinarios (Paúl-Lapedriza, Bilbao-Bilbao, Ríos-Lago, 2008, p. 477). En este trabajo, vamos a ocuparnos de la afasia semántica, en la que se produce una desconexión entre el signo y el significado. Existen estudios previos que emplean los textos para hacer un abordaje completo del significado de la comunicación (Brandão, 2008). En este trabajo, se propone una intervención a partir del empleo del relato, revisando la situación de la afasia en tres países con características necesarias de analizar.

El segundo se refiere a la comorbilidad con trastornos psicológicos que dificultan aún más la comunicación y que reducen la calidad de vida de las personas que la sufren. La evidencia empírica presenta de forma consistente que se relaciona con trastornos del estado del ánimo y de los trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-V. Camoes-Barbosa et al. (2012) ratifican estudios anteriores al encontrar que casi el 40% de los pacientes con afasia por ictus experimentan algún episodio depresivo. De este modo, la afasia se demuestra como un predictor significativo del desarrollo de la depresión. Serrano et al. (2010) encuentran un 70% de depresión, un 61% de apatía y un 52% de ansiedad. Otros estudios, como el de Cancelliere y Kertesz (1990, citados en Solevieva et al., (2001) señalan una presencia mayor de trastornos afectivos o del estado de ánimo en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho, puesto que relacionan estas áreas cerebrales con parte de la expresión emocional. Sin embargo, los trastornos emocionales en pacientes con diversos tipos de afasia no son dados únicamente por la afectación fisiológica del cerebro, sino que están relacionados a la capaci-

dad del reconocimiento de emociones, para Solevieva et al. (2001) se observa un 40% de errores de pacientes afásicos en pruebas que buscan el reconocimiento de emociones vistas en diferentes cuadros. Estos autores analizan la importancia del lenguaje en la interpretación de las expresiones emocionales y el reconocimiento de las mismas, capacidades básicas para una adecuada gestión emocional. De este modo, el tratamiento de la afasia demanda el diagnóstico y la intervención tanto con las alteraciones del ánimo como con el reconocimiento de las emociones en cuanto a los estados de ánimo como con la sintomatología ansiolítica y de otros trastornos del estado del ánimo descritos anteriormente.

En tercer lugar, la afasia es una amenaza a la identidad misma de la persona porque el lenguaje es fundamental para construir la propia consciencia de la experiencia (Monte et al., 2015). A través del lenguaje, el ser humano construye su identidad porque es el instrumento por el que define lo que le caracteriza, la percepción que tiene de los demás y la relación que establece con estos (Sevilla-Vallejo, 2019). Por ello, resulta esencial trabajar tanto con los recursos lingüísticos como no lingüísticos del afásico para compensar las carencias expresivas y de elaboración de discurso.

3.1 Situación de la afasia en Perú

En el Perú, existe poca investigación sobre el tema, además de no tener registros actualizados que permitan un mejor análisis de la situación de esta condición en la población del país. A pesar de esto, se conoce que los casos de afasia representan el 6% de los trastornos que generan una discapacidad relacionada con la comunicación (Mayco, Uriol y Apaza, 2010), esto representaría un total de 10059 pacientes con diversos tipos de afasia, registrados en el Consejo Nacional de integración para la persona con discapacidad (CONADIS) al 2019. Sin embargo, se puede decir que no todos los pacientes con el diagnóstico muestran un deterioro tal que los incapacite o no todos cuentan con la información para registrarse en CONADIS, por lo tanto es necesario que se tenga una mayor vigilancia de los casos.

Al hacer un análisis de las características de los pacientes, se observa que existe mayor porcentaje de varones que de mujeres, representando el 62% los primeros y 38% las últimas. El 74% de los pacientes con este diagnóstico se encuentran entre los 50 y 79 años, con una edad promedio de 60 a 69. Con respecto al tipo de afasia, la que se diagnostica con mayor frecuencia es la Afasia transcortical sensorial, presente en el 40% de los pacientes, la misma se caracteriza porque los pacientes se ven incapacitados de comprender las palabras que repiten. La causa principal son los accidentes cerebro-vasculares, que están relacionados, en la mayoría de casos, a la presencia de hipertensión. (Sedano y Rodríguez, 2016).

En relación a las características culturales del país, se puede observar que la geografía del Perú tiene tres principales territorios con marcadas diferencias; la costa como una franja pequeña en territorio, pero con las principales y más pobladas ciudades del país. La sierra con montañas altas que dividen las ciudades y hacen difícil el acceso a todos los sectores de la misma y la selva, que muestra una gran riqueza ecológica, pero no cuenta con una red vial adecuada que permita el desarrollo de esta región. (González, 2006). Se considera que en el Perú existen alrededor de 73 códigos y subcódigos diferentes de comunicación, la mayoría en la selva, donde se han caracterizado alrededor de 62 lenguas que han sido agrupadas en 12 familias por Shell y Wise (1971, citados en González, 2006). Muchos de los pobladores de la sierra y la selva nacieron con idiomas diferentes al castellano y deben aprenderlo cuando crecen y van a la escuela, esto hace que, incluso en la edad adulta muestren dificultades al articular algunas palabras o mezclen términos de distintos idiomas, el materno (con el que aprendieron a comunicarse) y el castellano, que siendo el idioma oficial del país, también muestra diferentes dialectos en función a diferencias fonológicas y sintácticas. (Escobar, 1978; citado en González, 2006). Los pacientes afásicos bilingües quechua/castellano muestran más diversidad de actos locutivos e ilocutivos

que los que hablan sólo castellano y son más conscientes de la presencia del interlocutor (Córdova, 2012). Otros estudios muestran que el lenguaje de uno de los idiomas se ve más afectado que el de otro, normalmente el más afectado es aquél que se aprende como segundo idioma (Sedano y Rodríguez, 2016). Por todo esto resulta importante que se desarrollen estudios más específicos con pacientes que tienen como lengua materna alguna diferente al castellano, puesto que podrían hacer posible un mejor entendimiento de las afasias y dar luces a intervenciones más adaptadas para su rehabilitación.

3.2 Situación de la afasia en España

El Instituto Nacional de Estadística no tiene una categoría específica para los trastornos del lenguaje. En una noticia publicada por Vithas en 2019 se indica que:

En España, más de 350.000 personas padecen afasia, un trastorno del lenguaje expresivo y comprensivo producido por una lesión cerebral, explica la Dra. Belén Moliner, directora médica del Servicio de Neurorehabilitación en hospitales y centros médicos Vithas en Valencia, Elche, Sevilla y Vigo. Alrededor de un 70% de las personas que sufren ictus ve alterada su capacidad de lenguaje. De ellas, entre el 40% y el 60% se recuperan durante el primer año, y el resto cronificará esta secuela.

En el caso de los trastornos del lenguaje infantil, González y García (2019) presentan los siguientes datos:

la prevalencia de trastornos del lenguaje se sitúa en torno al 2-3% y la de los trastornos del habla alrededor del 3-6%. En cambio, en población preescolar, se estima que es superior al 15%. En lo que se refiere al género son más frecuentes en el masculino con ratios que varían entre 1,3:1 y 2:14.

Los pacientes disponen de la atención primaria y clínicas privadas y, para los casos en los que estos trastornos producen una discapacidad, el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas es la institución que cuenta con los mejores medios. De

modo que se puede observar también en este caso que se cuenta con una información no muy precisa, si bien se constatan algunas tendencias en la prevalencia del trastorno.

3.3 Situación de la afasia en Italia

De acuerdo a los datos del MSD, una empresa farmacéutica líder en Italia, en 2020 se contaba con los siguientes datos en este país:

150.000 pacientes con afasia en Italia. La afasia puede considerarse un trastorno de la edad senil, ya que es poco común en niños y adultos: afecta al 40% de los pacientes que han sufrido ictus del hemisferio izquierdo, incluidos los centros corticales del habla (en el 95% de los sujetos diestros y en el 60% de las personas zurdas).

Asimismo, se indica que «se producen aproximadamente 20.000 nuevos casos al año». Como en los anteriores casos, se confirman las causas principales y características dominantes en la población afásica, pero los datos resultan escasos. En este contexto, destacan los estudios de Marini y Andreetta y otros investigadores. En Marini et al. (2014), se observa que se ha dado más atención a los problemas de las unidades lingüísticas que al abordaje global del trastorno. Dicho con otras palabras, se encuentran más dificultades en los aspectos microtextuales, sin embargo, también existen problemas en los aspectos macrotextuales. Se observa que incluso cuando se dan problemas macrotextuales como son los relativos a la cohesión, estos se interpretan como efecto de problemas microtextuales únicamente (Marini et al., 2014, p. 1375). Estos autores señalan que es necesario un abordaje más completo que integre los distintos niveles. El trabajo con la narración permite ese abordaje: “As a consequence, the narrative analysis enables the researcher/clinician to control the interaction among several processing levels and to evaluate the communicative skills of aphasic individuals in a more ecological setting” (Marini et al., 2014, p. 1388). Andreetta et al. (2012) observan algunas relaciones concretas entre el léxico y el discurso en la afasia anómica:

First, patients with anomia frequently interrupt the utterances they are producing and this reduces the levels of sentence completeness and the overall degree of cohesion across the utterances;

Second, they use strategies to cope with the lexical impairment and produce a quantity of lexical fillers and repetitions that, clustered in utterances, reduce the levels of global coherence.

En este caso, interesa resaltar la importancia de ofrecer estrategias para que los pacientes puedan suplir sus dificultades lingüísticas.

LAS AFASIAS Y LOS PROBLEMAS PARA SU DELIMITACIÓN

4.1 Tipos de afasias

Como se ha mencionado, las afasias se refieren a los trastornos del lenguaje en personas que ya adquirieron el lenguaje; mientras que se habla de disfasias para referirse a los trastornos del lenguaje en niños que aún están adquiriendo el lenguaje. Las diferencias son numerosas por razones evolutivas, sin embargo, la clasificación que hacen Rapin y Allen (1983) acerca de las disfasias nos da una aproximación muy próxima al trabajo por niveles lingüísticos que ya hemos comentado:

a) Agnosia verbal auditiva: el sujeto no entiende absolutamente el habla producida por las personas de su entorno y su expresión es nula o casi nula. Es un cuadro muy parecido al de afasia congénita mixta o sordera verbal.

b) Dispraxia verbal: el sujeto presenta predominantemente graves dificultades sobre todo a nivel de la expresión. Así, la organización articulatoria de los fonemas y de las palabras se ve seriamente alterada. En su límite extremo el sujeto es completamente mudo.

c) Déficit de programación fonológica: Aquí como en el caso anterior el nivel de comprensión es relativamente normal; sin embargo, se observa en la producción un ritmo de fluidez articulatoria por debajo de la normal.

d) Déficit fonológico-sintáctico: Corresponde al cuadro clásicamente conocido como Disfasia. Estos sujetos tienen una mejor comprensión que expresión, pero les cuesta entender cuando el enunciado es largo o complejo. En la expresión se destacan sus dificultades de articulación, de fluidez y, sobre todo, del uso de nexos y marcadores morfológicos. En algunos casos, la formación secuencial lógica de los enunciados resulta demasiado laboriosa.

e) Déficit léxico-sintáctico: a nivel de la expresión se presentan ciertas anomalías en la articulación y en la fluidez (uso de muletillas, parafasias, perifrasis e interrupciones), así como en el uso de nexos y marcadores morfológicos; sin embargo, al parecer, dichas anomalías en la producción son medianamente fáciles de superar. Por otro lado, a nivel de la comprensión se observa un gran déficit sobre todo en relación con las frases, así como en la evocación del léxico.

f) Déficit semántico-pragmático: En este caso el sujeto presenta un desarrollo inicial del lenguaje dentro de límites relativamente normales. En contrapartida a este hecho, sufre grandes dificultades de comprensión, en efecto, destaca sobremanera, la falta de adaptación de su lenguaje al entorno interactivo. Gracias a un largo estudio realizado por Adams y Bishop (1989), sobre 57 casos se ha demostrado que es en la conversación en donde aparecen más claramente las características de dicho cuadro. (Monfort y Juárez 1993: 29) (citado en Bardales, 2006)

4.2 Afasia de Broca. Un caso de confluencia de aspectos léxico-semánticos y gramaticales

Una de las primeras preguntas que debemos hacernos a la hora de trabajar con pacientes afásicos se refiere a cuáles son los niveles lingüísticos que tienen comprometidos, de ahí la importancia de comprender cada uno de estos niveles. Los investigadores han trabajado estos niveles durante décadas y vamos a ver la importancia de la modularidad en este sentido. Friederici (1985) defendió que en la afasia se conservan las preposicio-

nes "léxicas" mientras que se deterioran las "obligatorias". De este modo, los afásicos de Broca tendrían problemas únicamente con la gramática, pero no con el léxico. Sin embargo, la separación entre los términos cargados de significado léxico y aquellos que hacen obligatoria la gramática no es nada clara. Los estudios de Grodzinsky (1988) pusieron de manifiesto que los afásicos de Broca tienen problemas tanto con el léxico como con la sintaxis. Aunque no sea objeto de este estudio, también se ha comprobado que no se trata de un problema únicamente de expresión, sino que ciertas tareas de comprensión también resultan complejas. Estudios posteriores han confirmado la dificultad para diferenciar las lesiones que afectan a lo semántico con las relativas a lo sintáctico (Gleichgerricht, 2015). Por ello, se han de estudiar los patrones concretos de cada trastorno sin dar lugar a simplificaciones.

4.3 Acercamiento a la afasia semántica

En el caso de la afasia semántica, el mecanismo central alterado es la síntesis espacial simultánea, lo cual se refiere a la posibilidad de orientarse en el espacio en el nivel material, perceptivo y verbal o cuasi espacial, es decir, al reflejo conceptual lógico de las relaciones espaciales. La alteración de este mecanismo conduce al defecto central: la dificultad en la comprensión y producción de las estructuras lógico-gramaticales complejas (Quintanar y Solovieva, 2002). Lo anterior significa que las dificultades de los pacientes con la afasia semántica no se limitan a dificultades verbales, sino también se reflejan en la escritura, lectura, cálculo, actividad constructiva y todas las demás formas de actividades humanas que requieren de análisis y síntesis espaciales simultáneas (Luria, 1977; Luria y Tsvetkova, 1979). Por ello, la afasia no puede considerarse aisladamente de otras alteraciones constructivas, perceptivas, escritura, operaciones de cálculo, etc. Lachos sintetiza que la "La afasia semántica constituye un síndrome complejo en el que se alteran no sólo las formas del lenguaje (oral y escrito), sino todas las esferas de la vida psíquica (cognoscitiva, volitiva afectivo-emocional y la personalidad) del paciente (citado en Rodríguez et al., 2011).

Luria señala que las lesiones occipitales-parietales devienen en problemas que no afectan tanto al lenguaje concreto como al lenguaje de naturaleza simbólica (149). Por ello, las intervenciones que lleven al uso figurado del lenguaje ofrecen posibilidades nuevas de comunicaciones a los afásicos. Toda metáfora cognitiva es un fenómeno del pensamiento (perteneciente a un nivel abstracto) formado por un conjunto de proyecciones o asociaciones conceptuales y se manifiesta a través de expresiones lingüísticas metafóricas (pertenecientes a un nivel concreto), las cuales pueden variar en las distintas lenguas del mundo, a pesar de que la metáfora cognitiva siempre sea la misma (Lakoff y Turner, 1989, citado en Di Stefano, 2006). La metáfora es un mecanismo o figura retórica «que nos permite conceptualizar nuestra visión de la realidad que nos rodea. Del mismo modo, la metáfora es esencial para la comprensión de las creencias, ideas, sentimientos, etc.» que forman parte de la identidad individual y colectiva.

Entre las propuestas evolutivas, se encuentra el carácter arbitrario y cambiante en la adquisición de conceptos culturales. En este sentido, es necesario entender la relación entre la capacidad de aprendizaje y la exposición al ambiente. Según Zannino (2017), se dan dos operaciones cognitivas diferenciadas.

1.- El sistema basado en el lenguaje que utiliza el sistema proposicional explícito.

2.- El sistema más arcaico lo realiza de manera implícita la interacción con el medio ambiente.

En sus investigaciones, Zannino correlaciona la demencia semántica con la enfermedad de Alzheimer. Además, utiliza un índice de asociaciones libres, que predice el desempeño de una tarea semántica. Este ámbito de estudio supera las pretensiones de este trabajo, pero abre una nueva línea para futuros estudios.

Después de haber estudiado varios tipos de afasia, se puede apuntar una síntesis que sería aplicable a otras formas de afasia. La investigación reciente apunta a que es provocado por un daño del Sub-sistema de Pro-

cesamiento del Lenguaje. El lenguaje es procesado tanto para la comprensión como para la expresión translingüísticamente por otros subsistemas ajenos. Sin embargo, la afasia no está relacionada con la lesión de estos subsistemas ajenos (Omar et al., 2015). Por ello, actualmente, es posible diagnosticar la lesión propia de la afasia, pero resulta más complejo relacionarla con los efectos sobre los niveles lingüísticos y sobre otros tipos de procesamiento.

Tratamiento a través de la narrativa

En este caso, se propone una intervención a través de los relatos que hemos trabajado previamente en otros ámbitos educativos (Ceballos-Marón, Sevilla-Vallejo, 2021, Ceballos-Marón, Sevilla-Vallejo, 2021, Fidalgo, Sevilla-Vallejo, 2020, Sevilla-Vallejo, Cuevas, 2020, Sevilla-Vallejo, 2018a, Sevilla-Vallejo, 2018b, Sevilla-Vallejo, 2017a, Sevilla-Vallejo, 2017b). Existen varios trabajos en países de habla hispana que emplean la narrativa para la prevención y el tratamiento de la afasia. Estrada et al. (2013) y Aranda et al. (2018) presentan ejercicios de lectura y comentario de cuentos. Por su parte, Melva et al. (2015) hacen uso de los relatos elaborados con pictogramas e implican a la familia en estos relatos. Todos estos trabajos son estudios teóricos y no ofrecen suficiente aparato epistemológico para comprender la importancia que pueden tener los cuentos en el discurso del sujeto (Sevilla-Vallejo, 2020).

Es posible encontrar trabajos más específicos en otros idiomas, tal como han recogido Schneider et al. (2016). Por ejemplo, Cathana et al. (2011) trabajan de forma cuantitativa el desempeño en narraciones de pacientes afásicos en Estados Unidos. Observaron principalmente la falta de variación del léxico y de estructuras sintácticas. Este trabajo tiene una muestra pequeña y poco fondo teórico. Sin embargo, el trabajo de Gleichgerricht et al. (2015) confirma sus resultados con un estudio teórico más sólido y una muestra mayor y, además, observan que el empleo de imágenes ayuda a la fluencia, especialmente si se pide una narración

completa más que cuando se piden palabras u oraciones sueltas. De Oliveira et al. (2014b) han utilizado las narraciones en discurso indirecto para favorecer la comunicación de pacientes afásicos en Brasil. Estas autoras señalan que esta forma de relatar permite al afásico comunicarse de forma efectiva porque, al ocupar el papel de narrador, puede contextualizar lo que cuenta y, al tratarse de comunicación oral, puede hacer una puesta en escena a través del cuerpo. Asimismo, la narración oral permite que maneje los rasgos propios de la narración y reflexione sobre sí mismo de forma positiva (De Oliveira et al., 2014a). Adicionalmente, el relato a partir de imágenes permite una normalización de la comunicación. En este sentido, Silveira et al. (2015) han realizado un estudio estadístico en el que los resultados señalan que no hubo diferencias en el empleo de las preposiciones en pacientes en Brasil. Estas autoras concluyen que el discurso oral permite a los afásicos un manejo macro estructural eficiente.

El trabajo con la narración es esencial para: la competencia comunicativa, porque se aplican en la práctica los niveles lingüísticos; el trabajo con la identidad, porque el relato es herramienta esencial con la que interpretamos la realidad (Sevilla-Vallejo, 2018); y el tratamiento psicológico, porque desde el ámbito de la terapia narrativa se abordan los problemas según premisas que permiten al paciente expresarse con mayor libertad (Chimpén) o incluso reconfigurar algunas interpretaciones de la realidad haciéndolas más adaptativas (Beck, 2012), puesto que la interpretación o narración de algunas experiencias desde una visión sesgada, irracional o negativa, pueden configurar algunos problemas de adaptación, por lo tanto debe separarse al problema de la situación y entender, desde el enfoque cognitivo, que será la interpretación de los acontecimientos, lo que configure la situación problemática (Ellis, 2005).

1. El problema es el problema y la persona es la persona, esto hace que se analicen los problemas separados de las personas y se asume que las personas tienen muchas habili-

dades, capacidades, competencias, creencias, valores y compromisos que les ayudarán a cambiar su relación con los problemas en sus vidas. La externalización del problema es una de las técnicas más conocidas de la terapia narrativa (aunque desde la práctica narrativa se ve más como una cosmovisión que como una técnica)

2. La palabra historia tiene que ver con una serie de sucesos que están relacionados a través de una secuencia temporal y que están de acuerdo con un argumento determinado. Interpretamos lo que nos sucede y le damos un significado uniendo determinados hechos para darle un sentido. Este sentido final formaría el argumento de la historia. Para llegar a ese sentido final hemos tenido que elegir ciertos sucesos y otros dejarlos fuera, probablemente porque no encajan con el argumento de la historia.

3. Los relatos mediante los que damos sentido a nuestra experiencia están influidos sobre todo por factores culturales y sociales. En relación a la afasia, podríamos decir entonces, que las dificultades en la narración de las experiencias podría ser abordada desde diferentes formas de intervención en función de estos factores culturales particulares de los pacientes.

4. El lenguaje sirve de mediador en estos procesos interpretativos: por medio de él definimos y mantenemos nuestros pensamientos y sentimientos (incluido nuestro monólogo interior). La terapia cognitiva habla de la interpretación de las experiencias como determinantes del malestar emocional (Ellis, 2005; Beck, 2012)

5. Las historias dan forma a nuestras vidas e impulsan o impiden la realización de ciertos actos. Esto es lo que llamamos los efectos de la historia dominante. Vivimos varias historias a la vez, no podemos explicar nuestra vida sólo desde un punto de vista, por eso consideramos que los seres humanos tenemos vidas con historias múltiples. Esto permite la creación de una historia alternativa (Chimpén).

Estos principios generales de la terapia narrativa pueden ser aplicados al caso de los pacientes afásicos para trabajar con los trastornos comórbidos que comentamos

anteriormente. Asimismo, el modelo narrativo es compatible con abordajes cognitivos. Un caso próximo sería la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis que señala la conexión entre el discurso y la capacidad para desarrollarse de forma armónica: «Pensar-sentir-actuar y el lenguaje que utilizamos para hacerlo puede ser confuso y a menudo contradictorio, y ése es el motivo de que lo hagamos de un modo desestructurado y de que no haya ningún método perfecto y permanente de poner orden en ello» (1999, p. 119). De hecho, existen ya abordajes cognitivo-narrativos, como el de Gonçalves que presenta la relación entre la psiquis y la elaboración discursiva: «la búsqueda de esencias cognitivas da lugar a la organización de la matriz existencial. Una hermenéutica absolutista y apriorística es sustituida por una hermenéutica que facilita la multicomprensión. Una abstracción lógica cederá lugar a la discursividad narrativa. Finalmente, el individuo aislado se transforma en un espacio relacional de interlenguaje» (2002, p. 25).

Conclusiones

La afasia es un conjunto de trastornos que afectan al lenguaje, a la psicología y a la identidad del sujeto y también a su entorno (la familia, la sociedad). Los datos sobre su prevalencia y tratamiento todavía no son muy precisos, pero las causas más frecuentes y el perfil habitual de los pacientes se mantiene en los estudios tomados de distintos países. El trabajo por niveles es útil para operativizar la intervención, si bien hay que tener presente que el cerebro funciona de forma modular y, por lo tanto, cada paciente tiene problemas en distintos niveles. La afasia puede convertirse en un problema muy invalidante, que necesita un largo tratamiento, pero se pueden ofrecer herramientas al paciente que un plazo menor le ayuden a comunicarse. En este sentido, resulta claro que es necesario dotar al afásico de recursos simbólicos y recursos de expresión oral que resultan posibles porque son formas de comunicación donde el sujeto encuentra un apoyo para aquellos otros aspectos que resultan más difíciles de utilizar. En este

trabajo se realiza una propuesta de intervención a través de la narración porque ofrece estos recursos que van más allá de los déficits del paciente, promueven la confianza en el paciente para superar trastornos psicológicos e incitan como resultado que elabore una identidad más compleja que no se limite a las circunstancias de su problemática.

Bibliografía

- Alonso Tapia, J. (2005). Claves para la enseñanza de la comprensión lectora. *Revista de Educación*, pp. 63-93.
- Alonzo Vega, M. A., & Castro Pinto, M. E. (2015). *Impacto de la afasia en el proceso de interaprendizaje en niños de inicial* (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación).
- Aparici Aznar, M., Costa Martínez, A., Demestre Viladevall, J., Llisterri Boix, J., Sanz Torrent, M., Serrat Sellabona, E., & Riera Masjoan, M. (2006). *Psicología del llenguatge*. Editorial UOC
- Aranda Pinilla, E. R., & Callejas Pérez, Y. J. (2018) "Hoy te quiero decir" Diseño de material en español para personas adultas con afasia expresiva para mejorar la expresión oral en espacios de interacción social.
- Ardila, A. (2005). *Las afasias*. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Bardales, A. L. (2006). Principales características a nivel de la expresión oral y de la comprensión auditiva en niños diagnosticados con disfasia o TEL. Tesis doctoral. Universidad nacional mayor de San Marcos, Perú]. Recuperada de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/984/Bardales_ca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Brandão, F. M. (2008). O gênero narrativo nas afasias fluentes: um estudo de caso. *Língua, literatura e ensino*, 3, pp. 69-78.
- Cahana-Amitay, D., Fitzpatrick, P., Volz, M., Finley, M. (2011). Textual Density in Narratives Produced by Individuals with Chronic Aphasia. *Procedia - Social and Behavioral*

- Sciences, 23, 127–128. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.09.203
- Camos-Barbosa, A., Sequeira-Medeiros, L., Duarte, N., Morais, J., Mendes, M., & Menezes, C. (2012). Afasia y depresión post-ictus: una relación predictiva. *Rehabilitación*, 46 (1), 36-40.
- Ceballos-Marón, N., Sevilla-Vallejo, S. (2021). La regulación emocional en niños para lograr la maravillosa aventura de la lectocomprensión en tiempos de pandemia. Óscar Macías, Silvio Quiñónez y Joey Yucra (ed.). Docentes de Iberoamérica frente a la pandemia. Desafíos y respuestas (pp. 108-115). Asociación Formación IB.
- Ceballos-Marón, N., Sevilla-Vallejo, S. (2020). La autorregulación emocional y la comprensión lectora en la era digital. *UCV HACER. Revista de Investigación y Cultura* 9 (4), 65-76. <https://doi.org/10.18050/ucv-hacer.v9i4.2644>
- Chimpén, C. *Introducción a la terapia narrativa*. Recuperado de: <https://www.unex.es/>
- CONADIS (2019). *Perú: población inscrita en el registro nacional de la persona con discapacidad, por tipo de limitación, según departamento, 2000 - 2019*. Recuperado de: <https://conadisperu.gob.pe/observatorio/estadisticas/inscripciones-en-el-registro-nacional-de-la-persona-con-discapacidad-julio-2019/#:~:text=En%20el%20Registro%20de%20Personas,a%20270%2C702%20personas%20con%20discapacidad>.
- Córdova, P. (2012). *Análisis del discurso de cinco pacientes con afasia fluente: Wernicke y transcortical sensorial*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- De Oliveira, Livia Miranda, Bastos, Liliana Cabral (2014a). Narrando em colaboração: as construções discursivas de uma pessoa com afasia, *Artigos de Pesquisa*, 14 (2), 247–267.
- De Oliveira, M. M., De Oliveira, L. M. (2014b). O uso do discurso reportado direto por uma pessoa com afasia na construção de uma narrativa. *Revista CEFAC*, 16(1), 131–146.
- Di Stefano, M. (2006). *Metáforas en uso*. Bibles.
- Ellis, Albert (1999). *Usted puede ser feliz*. Titi-villus.
- Estrada Palencia, J. A., & Chacón Figueroa, C. L. (2013). Técnicas para la prevención y tratamiento de la afasia.
- Fidalgo Suárez, N., Sevilla-Vallejo, S. (2020). La literatura y su implicación emocional. El constructivismo de Lev Vygotsky en Paraíso inhabitado de Ana María Matute. *Cálamo FASPE* 68, 70-78.
- Fowler, C. A. (1986). An event approach to the study of speech perception from a direct–realist perspective. *Journal of phonetics*, 14(1), 3-28..
- Friederici, A. (1985). Levels of processing and vocabulary types: Evidence from on-line processing in normals and agrammatics. *Cognition*, 19, 133-166.
- García García, E. (1993). La comprensión de textos. Modelo de procesamiento y estrategias de mejora. *Didáctica*, 5, pp. 87-113.
- Gleichgerricht, E., Fridriksson, J., Rorden, C., Nesland, T., Desai, R., & Bonilha, L. (2016). Separate neural systems support representations for actions and objects during narrative speech in post-stroke aphasia. *YNICL*, 10, 140–145. <http://doi.org/10.1016/j.nicl.2015.11.013>
- González Lajas J.J., García Cruz, J.M. (2019). Trastornos del lenguaje y la comunicación. *Congreso de Actualización Pediatría 2019* (pp. 569-577). Madrid: Lúa Ediciones 3.0.
- González Mc, F., Lavados G, P. y Olavarría I, V. (2017). Incidencia poblacional, características epidemiológicas y desenlace funcional de pacientes con ataque cerebrovascular isquémico y afasia. *Revista médica de Chile*, 145(2), 194-200.
- González, R. (2006). *Problemas psicolingüísticos en el Perú. Evidencias empíricas*. Primera edición. Lima: Páginas del Perú.
- Gonçalvez, O. F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Desclée de Brower.
- Grodzinsky, Y. (1988). Syntactic representations in agrammatic aphasia: The case of prepositions. *Language and speech*, 31(2), 115-134.
- Kuhl, P. K., & Miller, J. D. (1978). Speech perception by the chinchilla: Identification functions for synthetic VOT stimuli. *The Journal*

- of the Acoustical Society of America, 63(3), 905-917.
- Liberman, A. M., Delattre, P., & Cooper, F. S. (1952). The role of selected stimulus-variables in the perception of the unvoiced stop consonants. *The American journal of psychology*, 497-516.
- Marini, A., Andreetta, S., Del Tin, S., & Carlomagno, S. (2011). A multi-level approach to the analysis of narrative language in aphasia. *Aphasiology*, 25(11), 1372-1392.
- Martínez Albarrán, Rocío (2016). Importancia de la comprensión lectora en la formación profesional. Un marco teórico para la enseñanza, Trabajo de Fin de Máster, URJC.
- Monte, S., Crielesi, M., Di Pietro, M., Muò, R. (2015). Il gruppo operativo "Conversazione Narrativa": impostazione di una ricerca e di un interventopsicoterapeutico con persone afasichei.
- Omar Martínez, E., Pino Melgarejo, M., Broche Pérez, Y. (2015). Perspectivas científicas en la investigación de la afasia. Consideraciones teóricas. *Encuentros*, 13(1), 75-84.
- Paúl-Lapedriza, N., Bilbao-Bilbao, Á. y Ríos-Lago, M. (2008). Rehabilitación neuropsicológica. *Manual de neuropsicología* (pp. 473-496). Viguera.
- Schneider, F., Amaral, S., Rodrigues, L. R., & Hübner, L. C. (2016). La producción discursiva en la afasia: retos, avances y perspectivas en enfoque. *Revista Neuro-Memorias do IX Congresso Internacional Cerebro y Mente*.
- Sedano Santiago, G. y Rodríguez Gárate, P. (2016). Epidemiología, rehabilitación y pronóstico de las afasias. *Revista Herediana de Rehabilitación*, 1, 11-20.
- Serrano, C. M., Castro, D., & Allegri, R. F. (2010). Trastornos de conducta en afasia progresiva primaria. Análisis de 26 casos. *Neurología Argentina*, 2(2), 112-118.
- Sevilla-Vallejo, S., Batres Cuevas, I. (2020). El taller de escritura como estrategia colaborativa para la formación en competencia literaria. *Investigación en el ámbito escolar. Nuevas realidades en un acercamiento multidimensional a las variables psicológicas y educativas* (pp. 179-190). Dykinson.
- Sevilla-Vallejo, S. (2019). La lectura viva. Criterios psicológicos y didácticos para fomentar el descubrimiento en los textos. María Isabel de Vicente-Yagüe y Elena Jiménez Pérez (eds.). *Investigación e innovación en educación literaria* (pp. 241-250). Síntesis.
- Sevilla-Vallejo, S. (2018a). El valor de la narración: análisis teórico y valoración empírica de la escala Educación e Identidad Narrativa. *Variables Psicológicas y Educativas para la intervención en el ámbito escolar*. Volumen III (pp. 175-186). Asunivep.
- Sevilla-Vallejo, S. (2018b). La aventura interminable. Algunas claves sobre la motivación y los procesos de lectura. *Cálamo FASPE* 66, 1-6.
- Sevilla-Vallejo, S. (2017a). Creer y crear un mundo de hadas en Paraíso inhabitado de Ana María Matute. AnneLenquette, Maylis Santa-Cruz, Benoît Santini (eds.). *Épreuve de composition CAPES d'espagnol. César Vallejo. Poemas humanos y España, aparta de mí ese cáliz. Ana María Matute. Paraíso inhabitado* (pp. 295-308). Ellipses.
- Sevilla-Vallejo, S. (2017b). Why should teachers tell stories at class? Narration for Educative and Identity Purposes. Javier F. García, Teresa de León y Eduardo Orozco (eds.). *Las tecnologías de la información y comunicación para la innovación y el desarrollo* (pp. 287-308). Alexandria Library.
- Silveira, G., Mansur, L. L. (2015). Analysis of prototypical narratives produced by aphasic individuals and cognitively healthy subjects. *Dementia & Neuropsychologia* 9(3), 279-284. <http://doi.org/10.1590/1980-57642015DN93000011>
- Solovieva, Y., Chávez-Oliveros, M. & Quintanar-Rojas, L. (2001). Alteraciones de la actividad intelectual en pacientes con afasia semántica. *En Revista Española de Neuropsicología*. 3, 4, 12-33.
- Vithas (2019). Más de 350.000 personas padecen afasia en España, un trastorno del lenguaje por una lesión cerebral, según expertos. <https://www.espaciologopedico.com/noticias/det/8347/mas-de-350000-personas-padecen-afasia-en-espana-un-transtorno-del-lenguaje-por-una-lesion-cerebral-segun-expertos.html>