

DOI: <https://doi.org/10.33881/IBR0090>

AFASIAS OPINIÓN REFLEXIVA

LORELEY ALVAREZ SALAZAR
DANIEL FELIPE RONCANCIO CASTILLO
JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ LOPEZ
PAOLA ANDREA RAMIREZ PERDOMO



Contenido

INTRODUCCIÓN

RECONSTRUYENDO CAMINOS RECORRIDOS DESDE EL GRUPO DE ESTUDIO DOCENTE (GED)

UN PRIMER AVANCE (LA VOZ DE LOS DOCENTES)

EXPERIENCIAS EN LAS AULAS (LA VOZ DE LOS ESTUDIANTES).

REFLEXIONES HACIA NUEVAS META Y RETOS

REFERENCIAS

3

3

5

7

9

10

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es la capacidad innata y exclusiva del ser humano para comunicarse, siendo esta una de las capacidades más complejas y distintivas del ser humano. El lenguaje no es solo una herramienta que influye en el habla; contribuye en el pensamiento, adquisición de una identidad y, por último, pero no menos importante, en la interacción social. Cuando esta se logra ver afectada, altera nuestra comunicación; un claro ejemplo de esto es con la aparición de las afasias, se comienza a evidenciar esa ausencia de palabra, puesto que esta es un trastorno del lenguaje. La afasia es un trastorno adquirido de la comunicación, cuando esta se pronuncia, se produce una ruptura severa en cómo la persona se relaciona consigo misma y con su entorno.

La afasia no es únicamente la pérdida de palabras; esto logra evidenciar la inconsistencia de un sistema que damos por sosegado, sin embargo, depende de una organización cerebral bastante innovadora.

El llegar a reflexionar sobre esta temática implica adentrarse en la esencia del lenguaje y la arquitectura funcional del cerebro. El lenguaje trae consigo una serie de factores los cuales nos logran identificar una normotipicidad, tales como factores fonéticos, fonológicos, semánticos, morfosintácticos y pragmáticos, estos componentes se ven implicados de manera severa, unos más que otros, cuando se presenta este trastorno del lenguaje.

Cuando una persona presenta agnosias, anomias, neologismos, circunloquios o aspectos como comprender órdenes simples, complejas, no solo hace que se altere su comunicación o habilidades espaciales, sino también su identidad y sentido de pertenencia.

Cada palabra perdida, por ejemplo, por parafasias fonéticas, están contribuyendo a la sustitución de fonemas o parafasias semánticas, haciendo con esto una confusión de la categoría semántica, puede desenvolverse como un puente que se derrumba lentamente entre el sujeto y su entorno. Todos esos intentos y esfuerzos fallidos pueden revelar la lucha por mantener la conexión con su contexto social.

La historia de la afasia nos remonta a cómo la ciencia ha evolucionado en la comprensión del lenguaje, desde observaciones y hallazgos tales como Broca y Wernicke en el siglo XIX, la afasia ha sido un punto de partida. La afasia ha sido un punto de partida para teorías sobre la localización cerebral de las funciones cognitivas. Broca,



al asociar la pérdida del habla con lesiones en la tercera circunvolución frontal izquierda, inauguró la era del localizaciónismo, mientras que Wernicke amplió la perspectiva al identificar una forma sensorial de afasia vinculada a la región temporal. Todas estas anteriores investigaciones han logrado contribuir de gran manera a la neurociencia y a la lingüística, haciendo que el lenguaje no se vea de una forma aislada sino más allá viéndose implicadas redes que interactúan de manera compleja.

Una de las principales incidencias en la afaología ha sido la clasificación de los síndromes, a lo largo del tiempo y de la historia respecto a este trastorno se han puesto diversos nombres a los distintos tipos de afasia, clasificando con ellas si son de tipo fluentes, no fluentes, si comprenden o no, si nombran o no lo hacen etc; ahí nos adentramos a una pregunta más epistemológica: ¿clasificar ayuda a comprender o simplemente a organizar?, desde el rol fonoaudiológico se ve a cada paciente de una manera holística, teniendo en presente que cada uno

de ellos presenta signos y síntomas totalmente diferentes el uno del otro, así estén **“encacillados en un tipo de trastorno”**, cada usuario con afasia es único; sus errores lingüísticos y la respuesta a su recuperación dependen de muchos factores, algunos de ellos pueden ser anatómicos, cognitivos, emocionales. Este tipo de clasificación debe visualizarse de forma netamente clínica y no como una verdad absoluta. Nos permite orientar el diagnóstico y la intervención, pero no agota la complejidad del fenómeno, puesto que en cuestión de la intervención se trabajará desde una visión de fortalecer esas diversas habilidades que ya tenga presente el usuario y así lograr trabajar en una correcta intervención o, de otro modo, en un sistema aumentativo o alternativo en la comunicación.

Como se nombró anteriormente, es común que se presenten errores lingüísticos en presencia de las afasias. Las parafasias y las anomias no son simples signos o síntomas; son pistas de que algo se encuentra afectado en la arquitectura del lenguaje. Estos errores hacen evi-

dencia que el lenguaje no puede verse de una manera lineal, sino al contrario, presenta un entramado de componentes como fonéticos, semánticos, sintácticos. La afasia evidencia esa dificultad para acceder al lexicon, además de que esa construcción gramatical y articulatoria son sistematizaciones independientes pero interconectadas. Hay que resaltar que, incluso con la presencia de un caos afásico, persisten en algunos casos fragmentos de estructura, intentos en la intención comunicativa o estrategias compensatorias.

Como se dijo anteriormente, la afasia puede verse representada como un puente quebrado, pero, por otro lado, el cerebro busca esa neuroplasticidad y esos caminos para reconstruir el puente y en esa búsqueda se puede lograr establecer esa resiliencia del sistema lingüístico.

La presencia de las afasias puede deberse a una alteración en la irrigación cerebral, esa función vascular donde el cerebro recibe esa sangre puede presentar alguna **“desconexión”**. Comúnmente, en este caso, puede verse alterada la arteria cerebral media, siendo esta supremamente importante para el lenguaje; además de presentar otras funciones como motoras y sensoriales, tenemos presente que las afasias pueden ocasionarse por accidentes cerebrovasculares, presentándose una obstrucción, siendo en este caso isquémico, o por otro lado una ruptura sanguínea, haciendo referencia a un ACV hemorrágico, pero estas no son las causas de las afasias; también pueden presentarse tumores (*afectando dependiendo de su localización*), sino también traumatismos craneocefálicos, siendo estos factores de incidencia de la adquisición de la afasia.

Con las afasias surge algo particular, puesto que estas presentan una gran clasificación, haciendo referencia primeramente a si es fluente o no fluente, haciendo consigo una diferenciación al tipo de producción del habla; un usuario con afasia fluente produce habla de una manera un poco más **“espontánea”**, con longitud y ritmo, es decir, con esto, su habla puede llegar a ser más fluida y natural. Sin embargo, puede hacer uso de neologismo, acceso semántico incorrecto o mezcla de fonemas, también pueden llegar a presentar anomias presentando así una dificultad al acceso del significado de la palabra; en muchos casos, la inteligibilidad del lenguaje se ve influenciada. Algunas afasias que hacen parte de esta rama fluente son afasia de conducción, anómica, transcortical sensitiva y afasia de Wernicke; en muchos casos, la comprensión del lenguaje se ve afectada, exceptuando la anómica y la de conducción.

En contraste con esto, una afasia no fluente se caracteriza primeramente porque los usuarios no logran producir el lenguaje o se les dificulta en gran medida, suelen tener un habla bastante corta y con un esfuerzo realmente notable, muchas veces suele perderse su discurso y verse de manera **“telegráfica”**, usando muy pocas palabras y de igual manera omitiendo conectores o morfemas, Aunque su producción puede verse afectada, estos a diferencia de la anterior, su comprensión frecuentemente suele estar más conservada, por lo que pueden llegar a comprender más de lo que llegan a expresar, normalmente este tipo de afasias suele estar ligadas a regiones anteriores del hemisferios izquierdo, como las afasias de broca, global, transcortical mixta y transcortical motora

PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINARIA

La rehabilitación no debe realizarse de una manera aislada, al contrario, lleva consigo profundamente un trabajo multidisciplinario, en la que cada uno de los profesionales aporta una pieza fundamental para la rehabilitación integral del usuario. En muchos casos se trabaja conjuntamente entre neurología y fonoaudiología, permitiendo ver así y comprender no solo el daño a nivel neuronal, sino también su impacto funcional en la comunicación, a su vez, también el

trabajo de psicólogos y terapeutas ocupacionales contribuye a que la persona se recupere y adquiera nuevamente sus habilidades motoras y autónomas. Esto hace reflexionar que, para llegar a hacer un tratamiento holístico de la afasia, no solo se maneja desde una sola profesión; o desde la perspectiva fonoaudiológica, no solo es restaurar o contribuir a ese lenguaje, sino reconstruir vínculos, identidad y participación en la vida cotidiana.

DIAGNÓSTICO

Como diagnóstico podríamos tener en cuenta la evaluación de las funciones corticales superiores comprometidas, el uso de pruebas estandarizadas para caracterizar el tipo de afasia (*Broca, Wernicke, global, etc.*) Consideración de factores socioculturales y emocionales en la valoración clínica. y por último se tendría la facilidad de aplicar alguna batería en caso de que se tenga acceso ellas, Se realizarán dependiendo que tipo de afasia tiene el usuario. evaluaciones lingüísticas estandarizadas como lo podrían ser el Test de boston , Test de token, análisis de componentes lingüísticos (léxico-se-

mántico: denominación, comprensión de vocabulario.morfosintáctico: construcción de frases, uso de verbos pragmático-discursivo: coherencia, cohesión, turnos conversacionales, tiempos de espera) evaluación de funciones comunicativas: lenguaje espontáneo, comprensión auditiva y comprensión lectora y expresión oral y escrita.

Otras evaluaciones complementarias podrían ser: pruebas neuropsicológicas (memoria, atención, funciones ejecutivas) audiometrías y exploración de funciones sensoriales.

INTERVENCIÓN

Se podría empezar con una terapia individual como lo pueden ser estimulaciones de denominación y fluidez verbal. Por otro lado existen ejercicios de comprensión auditiva y comprensión lectora, rehabilitación de escritura y lectura funcional.

En cuanto a terapias grupales encontramos conversaciones grupales, juegos de roles y algunas dinámicas sociales, Entrenamiento de estrategias comunicativas colectivas .

intervenciones funcionales se ven los usos de comunicación aumentativas y alternativas entrenamiento en gestos, pictogramas y dispositivos electrónicos.

Adaptación de materiales cotidianos de la vida del usuario (listas, agendas, apps)

enfoques pragmáticos, entrenamiento turnos conversacionales, estrategias de reparaciones comunicativas, uso de contextos reales (compras, transporte, llamadas)

trabajo interdisciplinario, coordinaciones neurológicas, psicológicas y terapia ocupacional. inclusión de la familia en el proceso terapéutico.

intervención intensiva y basada en evidencia, terapias de alta frecuencia y corta duración, programas como Melodic intonation therapy y terapias basadas en tareas asignadas.

Evaluación continua y seguimiento, reevaluación periódica con pruebas estandarizadas , ajuste de objetos según su evolución, registro de progreso del usuario en cuanto a la comunicación funcional.

ROL DEL FONOAUDIÓLOGO

Cuando una persona adquiere una afasia, su vida cambia en todo momento, teniendo varias **“características”** como la posibilidad de comunicar quién es, qué siente y cómo se apoya en el mundo. En ese justo momento o quiebre, aparece el fonoaudiólogo. No solo como el profesional que **“enseña a hablar”**, sino como quien construye conexiones que juntan cómo pensamos, cómo hablamos y quiénes somos por dentro.

El fonoaudiólogo es uno de los primeros en atender y comprender que una afasia no se debería clasificar solo a una limitación o a un síntoma y clasificación. Cuando aparecen dificultades para nombrar, cuando el habla se vuelve confusa o cuando repetir palabras se vuelve un reto es donde empezamos a ver que interrupción hay puede ser por varias causas como un ACV, un trauma, un tumor o una alteración vascular. Por eso nuestro rol inicia con una escucha atenta y una



mirada cuidadosa y holística: entender cómo se refleja el daño, en qué momento del lenguaje se quebró la comunicación y qué habilidades quedan intactas.

En este gran proceso, el fonoaudiólogo conecta sus saberes con la experiencia humana. conoce que detrás de una afasia de Broca hay un esfuerzo enorme por decir lo que no logra salir; que en una afasia de Wernicke la comprensión no logra tener un sentido. Estos significados permiten diseñar un abordaje terapéutico que respete y analice los ritmos del cerebro y las necesidades emocionales del paciente, haciendo una terapia con paciencia y ante todo holística.

Otro rol clave es apoyar al cerebro mientras se reorganiza, ayudándolo a encontrar rutas nuevas y usando al máximo su

capacidad de adaptarse. La intervención no es sólo reproducción repetitiva de palabras: es crear situaciones para que el usuario recupere funciones o desarrolle estrategias nuevas, apoyándose de las habilidades que permanecen intactas. El fonoaudiólogo se convierte, entonces, en un mediador entre lo que el cerebro perdió y lo que aún puede reconstruir.

A esto se le suma un aspecto clave del ser humano que es devolver la dignidad comunicativa. La afasia afecta la autonomía, la vida laboral, la interacción social y la identidad. Por eso la terapia no se centra únicamente en **“mejorar el lenguaje”**, sino en recuperar la participación del usuario en su entorno. Esto implica trabajar con la familia, enseñarles formas de comunicación alternativas, reducir la frustración y fortalecer la confianza.

Como último, el fonoaudiólogo evalúa, reevalúa, observa cambios, adapta estrategias y comprende que cada caso es único. No existe una sola afasia **“igual”** a

otra, y su rol consiste en leer esa singularidad para ofrecer un tratamiento respetuoso, clínico y profundamente humano.

REFLEXIÓN

La afasia nos muestra lo delicado y a la vez lo sorprendente que es el lenguaje. Cuando alguien deja de expresar lo que quiere, no solo va a carecer de palabras si no que pierde parte de su manera de estar en el mundo. Es como si algo que fue natural, sin pensarlo, en cualquier momento se hiciera difícil, diferente o confuso.

De igual forma nos demuestra algo muy sorprendente cómo el cerebro siempre busca la forma de volver a conectar. Aunque el camino y la terapia se vuelva más lento o irregular, siempre intentando abrir rutas nuevas y diferentes para comunicar, y entender. En cada gesto, en

cada intento y en cada mirada se nota esa fuerza que la persona conserva, aún en momentos de frustración.

En ese momento entra el fonoaudiólogo, no solo como profesional, sino como alguien que acompaña el proceso con paciencia, con empatía y con respeto. Es estar ahí para escuchar, para apoyar, para encontrar juntos otras formas de comunicarse y para presenciar incluso los avances más pequeños. No se vuelve un solo decir que es **“volver a hablar”**, sino de ayudar a que la persona recupere su lugar, su voz y su forma de relacionarse con los demás.

CONCLUSIONES

La afasia afecta mucho más que el lenguaje: altera la identidad, la autonomía y la manera de relacionarse con el entorno. Cada caso es único; la clasificación orienta, pero no define completamente el diagnóstico ni la intervención. La evaluación debe realizarse de una manera concisa e integral,

considerando no solo lo lingüístico, sino también lo cognitivo y contextual. En cuestión de la intervención, se busca fortalecer la neuroplasticidad, además de fortalecer esas habilidades que permanecen intactas y crear estrategias funcionales de comunicación.

REFERENCIAS

Ardila, A. (2006). Las afasias (Primera parte). Departamento de Comunicación, Florida International University. Publicado en línea.

Herrera Cañas, L, Flórez Rojas, M y Becerra Ramírez, V. (2021). Comunicación y afasia: la realidad de las personas y familias.

Forero, L. V., Bernal, M. P., Aguilar, O., & Quique, Y. M. (2023). Tratamiento de la afasia en hispanohablantes. Revista de Investigación en Logopedia, 13(1), e81535.

Sánchez García, E., & Murciego Rubio, P. (2021). Nuevas líneas de tratamiento logopédico de las afasias: la terapia intensiva. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 41(4), 213.

Kertesz, A. (2007). Western Aphasia Battery – Revised (WAB-R). Pearson. Instrumento estandarizado para diagnóstico y clasificación de afasias.

Code, C., & Müller, N. (Eds.). (2012). The SAGE Handbook of Communication Disorders. London: SAGE. Perspectiva interdisciplinaria sobre diagnóstico e intervención.

Fuente de Imágenes, <https://www.shutterstock.com>

Loreley Alvarez Salazar

Daniel Felipe Roncancio Castillo

Juan Sebastian Rodriguez Lopez

Estudiantes Programa de Fonoaudiología

Faculta de Ciencias de la Salud

Corporación Universitaria Iberoamericana

Paola Andrea Ramirez Perdomo

Docente Programa de Fonoaudiología

Faculta de Ciencias de la Salud

Corporación Universitaria Iberoamericana