

HE
REVISTA DIGITAL
"INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN"

NÚMERO 22

FEBRERO DEL 2006

ISSN 1696-7208

***TRASTORNOS DEL LENGUAJE YA
ESTABLECIDO.
AFASIA.***

REALIZADO POR: MARÍA FRANCISCA PINO SÁEZ.

INDICE.

1 . Trastornos del lenguaje- Afasia

1.1 Semilogía.

- 1.1.1 Trastornos de la expresión verbal- Reducción.
- 1.1.2 Trastornos de la expresión verbal- Deformación.
- 1.1.3 Trastornos de la comprensión verbal.
- 1.1.4 Trastornos del lenguaje escrito.

1.2 Manifestaciones que acompañan a la afasia.

1.3 Formas clínicas de la afasia. Principales síndromes afásicos.

- 1.3.1 Afasia de Broca.
- 1.3.2 Afasia de Wernicke.
- 1.3.3 Afasia de conducción.
- 1.3.4 Afasia sensorial transcortical.
- 1.3.5 Afasia motora transcortical.
- 1.3.6 Afasia transcortical mixta.
- 1.3.7 Afasia anómica.
- 1.3.8 Afasia global.
- 1.3.9 Afasia mixta.
- 1.3.10 Formas especiales.

1.4 Evaluación del paciente afásico.

- 1.4.1. Exploración de la expresión oral.
- 1.4.2. Exploración de la comprensión oral.
- 1.4.3. Comprensión del lenguaje escrito.
- 1.4.4. Exploración de la escritura.
- 1.4.5. Pruebas no verbales complementarias.
- 1.4.6. Pruebas utilizadas en la exploración de la afasia.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE YA ESTABLECIDO. AFASIA.

1. Trastorno del lenguaje – Afasia.

La afasia es un alteración del lenguaje debida a lesión cerebral focal que puede interesar tanto a la expresión como a la comprensión verbal, así como también a la representación gráfica del lenguaje (lectura y escritura). La afasia implica la falta de habilidad para comprender el lenguaje escrito o hablado; se altera el manejo apropiado de los símbolos lingüísticos a través de la voz, la escritura o el gesto. Los pacientes con afasia no pueden convertir con precisión las secuencias de las representaciones mentales no verbales que constituyen el pensamiento, en los símbolos y organización gramatical que constituye el lenguaje.

1.1 Semiología.

Desde una perspectiva semiológica podemos observar lo que está conservado, deducir que falta y estudiar el lenguaje que aparece y de qué forma se encuentra alterado.

1.1.1 Trastornos de la expresión verbal- Reducción.

La expresión verbal puede estar reducida tanto a nivel articulatorio como nominal y sintáctico. La reducción puede llegar al grado máximo y entonces el sujeto sólo podría emitir sonidos indiferenciados.

a) Reducción articulatoria.

Se expresa por una gran variedad de posibles deformaciones de los fonemas; es el nivel de la anartria de Pierre Marie o el síndrome de desintegración fonética de Alajouanine, Ombredanne y Durand; el paciente sólo puede emitir algún fonema y además de forma distorsionada.

En las alteraciones de la desintegración se distinguen tres tipos de trastornos fisiopatológicos elementales:

- **Trastornos paralíticos:** Por los problemas motores, los fonemas salen mal emitidos.
- **Trastornos distónicos:** Son alteraciones del tono muscular por exceso o por defecto.
- **Trastornos dispráxicos:** En su grado máximo la apraxia bucofonatoria sería la incapacidad para (desencadenar) realizar secuencias motoras (gestos) con una finalidad. Esto sucede en ausencia de parálisis .
- **DISPROSODIA:** Es la alteración de la melodía del lenguaje.

b) Reducción nominal.

SUSPESIÓN DEL HABLA: Es poco frecuente y de difícil valoración. Lo más común es que sea un estado transitorio después de la instrucción aguda de algunas afasias.

ESTEROTIPAS VERBALES: Es el conjunto de fonemas o de palabras que el paciente repite sea lo que sea lo que quiere decir. Puede o no tener significado. Una estereotipa que dure más de dos o tres meses es de mal pronóstico. En el período inicial, la estereotipa es no sólo involuntaria, sino también inconsciente.

FORMULACIONES AUTOMÁTICAS DEL LENGUAJE: Aparecen junto a la estereotipa. Están bien articuladas. No pueden repetir voluntariamente una palabra contenida en la formulación automática.

ANOMIA: Falta del vocablo o falta del nombre. Es la incapacidad para evocar el nombre que designa una cosa. El aspecto semántico o fonémico del nombre se ha perdido.

c) Reducción sintáctica.

AGRAMATISMO: Es típico de la evolución de una afasia motora. Se trata de una dificultad para manipular los elementos gramaticales del lenguaje. No sólo se da en el lenguaje espontáneo, sino al repetir, al leer en voz alta o al escribir. El agramatismo de lugar a un lenguaje que tiende a la simplificación. En conjunto se muestra un lenguaje telegráfico.

1.12 Trastornos de la expresión verbal- Deformación .

Comprende procesos de naturaleza y niveles muy diferentes.

PARAFASIAS: Utilización de un fonema, sílaba o palabra en lugar de otro fonema, sílaba o palabra durante el esfuerzo por hablar.

- **Parafasia fonémica o literal:** Consisten en una mala pronunciación por adición, omisión o desplazamiento de fonemas. Los fonemas emitidos pertenecen a la lengua.
- **Parafasia verbal morfológica:** Sustitución de una palabra por otra que se parece en la forma. Es preciso valorar el contexto e interpretar las intenciones del sujeto.
- **Parafasia verbal semántica:** La palabra que sustituye tiene una relación conceptual con la sustituida, “madre” por “esposa” etc.

Algunas afasias tienden a reemplazar palabras por determinados vocablos de su predilección.- En ocasiones se trata de la repetición iterativa, una y otra vez de un vocablo.

- **Neologismos:** Se llama así a cualquier segmento lingüístico emitido como una palabra, aunque no exista en el lenguaje de la comunidad verbal del sujeto.

1.1.3 Trastornos de la comprensión verbal.

Son más difíciles de caracterizar. Para valorarla adecuadamente hay que eliminar todas las informaciones no auditivas que puedan acompañar al mensaje verbal y se evitará inducir las respuestas.

Hay que tener en cuenta que existen factores ligados a la lesión cerebral que influyen en la comprensión :

- Fatiga: el rendimiento es mejor al principio de la exploración.
- Lentitud. Tiempo de reacción alargado.
- Perseveración : pueden interferir en los procesos de comprensión.

El examen de la comprensión se realiza con tareas de designación y ejecución de órdenes.

Existen dos modalidades básicas diferentes de trastornos de comprensión verbal en relación con las estructuras neurológicas lesionadas y con los niveles de organización neurológica de la recepción verbal que se vean alteradas por las lesiones:

- a la alteración del nivel correspondiente a la integración de auditiva, se asociará a la agnosia auditiva, incluso déficits auditivos.
- a las alteraciones de la organización neurológica que asegura los mecanismos psicolingüísticos se asociarán trastornos propiamente afásicos de la comprensión, más complejos y variados.

1.1.4 Trastornos del lenguaje escrito.

El lenguaje escrito es un sistema aun más sutil que el oral, siendo el signo escrito del signo oral.

a) AGRAFIA.

Es un trastorno de la expresión escrita. La localización lesional de los trastornos agráficos es muy difícil y problemático. En el proceso de elaboración de la escritura se combinan elementos motorres, acústicos, cinestésicos , visuales y práxicos.

- **Agrafia afásica:** Está ligada al trastorno afásico total. La lengua escrita está más afectada que la hablada.
- **Agrafia de aspecto apráxico:** la alteración recae esencialmente sobre el grafismo en sí mismo.
- **Agrafias espaciales:** ligadas a la patología parietal.

b) ALEXIA.

Es un trastorno de la comprensión del lenguaje escrito.

- **Alexia agnósica:** Depende de una perturbación de las funciones que aseguran el reconocimiento visual de los símbolos gráficos del lenguaje, la alexia es más verbal que lateral .
- **Alexia afásica:** Deriva de una pérdida del valor semántico de los signos del lenguaje escrito. La lectura global de palabras es más fácil que la lectura aislada de letras. Junto a este tipo de alexia hay agrafía.

1.2 Manifestaciones que acompañan a la afasia.

La afasia puede presentarse aisladamente o, lo que es más frecuente, presentarse acompañada de otras síntomas de mayor a menor gravedad.

Las manifestaciones asociadas a la afasia que se presentan con más frecuencia son:

- Hemiplejía derecha:** Por afectación de la circonvolución frontal ascendente.
- **Hemihipoestesia:** Si se afecta a la circonvolución parietal ascendente, que se encarga de todas las modalidades de sensibilidad táctil y propioceptiva.
- **Hemianopsia:** Las vías visuales, desde el nervio óptico pueden estar afectadas.
- **Agnosias visuales:** se manifiestan como la incapacidad para identificar un objeto ofrecido a la percepción.
- **Apraxias:** son trastornos de la actividad gestual.
- **Trastornos de cálculo.**

1.3 Formas clínicas de afasia: Principales síndromes afásicos.

De forma general, se distinguen los síndromes afásicos corticales y los subcorticales, según la localización principal de la lesión cerebral responsable.

La principal subdivisión entre los síndromes afásicos se basa en el carácter de la producción verbal.

1.3.1 Afasia de Broca.

Es no fluyente. Depende de una lesión que afecta a la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo y a la sustancia blanca subcortical, extendiéndose posteriormente a la porción inferior de la zona motora.

En la forma típica observamos supresión del lenguaje, siendo excepcional el mutismo irreversible. Puede evolucionar a estereotipa verbal que puede ser irreversible . Esta situación puede evolucionar a un cuadro de agramatismo. Los pacientes presentan problemas en la expresión .

El agramatismo implica un lenguaje en el que existe una disminución de la fluencia verbal. La sintaxis se muestra muy reducida y simplificada, dando lugar a frases breves.

La anomia se da más en conversación.

La comprensión es normal o presenta defectos moderados en los elementos gramaticales, órdenes complejas y textos.

Escritura: supresión o casi. El paciente puede realizar estereotipos gráficas. La comprensión del lenguaje escrito está más comprometido que la del oral.

1.3.2 Afasia de Wernicke.

Es una afasia fluente. Depende de una lesión en la parte posterior de la primera circunvolución temporal del hemisferio izquierdo.

Existe una profunda alteración simultánea de la comprensión verbal y de la expresión. No se presentan transformaciones fonéticas, pero sí una importante alteración en la repetición.

En los casos típicos de la afasia de Wernicke se dan dos fases evolutivas:

En la FASE INICIAL o aguada, que dura semanas o meses, se manifiestan los siguientes síntomas: logorrea, el paciente se muestra excitado, habla sin que le incite a ello, gesticula de manera exagerada y su prosodia generalmente es buena. En sus producciones verbales observamos transformaciones verbales de todo tipo. La repetición es incanalizable. La comprensión verbal se encuentra severamente alterada, el paciente falla en la repetición de órdenes simples. La lectoescritura es defectuosa, aunque puede ser menos que los defectos del lenguaje oral.

En la FASE DE ESTADO, disminuye la logorrea, mejora el débito, desaparecen los temas de predilección, los neologismos disminuyen hasta desaparecer, las parafasias se hacen verbales y la anomia se hace consciente. Un lenguaje que podemos calificar de vacío. En la comprensión se observa una mejoría considerable. La repetición permanece alterada. La escritura mejora, en cuanto a la lectura puede haber disociación, observando una comprensión escrita casi normal y comprensión oral aún muy afectada.

1.3.3 Afasia de conducción.

Es un síndrome en el que la repetición está severamente alterada en relación con el nivel de fluidez del habla espontánea y con un nivel normal o casi normal de la comprensión auditiva.

El paciente puede hablar en forma fluida hasta que encuentra un sustantivo o un verbo principal, en cuyo momento empieza a cometer parafasias. Esta conducta se conoce como “conducta de aproximación”, el afásico de conducción es consciente de su inexactitud y rechaza sus esfuerzos incorrectos. El esbozo oral es positivo .

Rara vez presenta dificultad para repetir palabras familiares y cortas, tiene dificultad ante oraciones compuestas.

Comprensión normal o moderadamente alterada.

En la lectura presenta los mismos defectos que en la repetición, hay mejoría.

En la escritura el grafismo y automatismo están habitualmente preservados. Se producen gran número de alteraciones paragrafícas. Los fallos se dan sobre todo en escritura al dictado y espontánea. En la copia mejoran.

1.3.4 Afasia sensorial transcortical.

Es un síndrome poco frecuente. Se caracteriza por una marcada conservación de la repetición en el contexto de una afasia de Wernicke severa.

En algunos casos se manifiesta ecolalia. Puede escuchar y repetir oraciones de considerable longitud y complejidad.

El material memorizado se encuentra conservado de manera llamativa.

La lectura y escritura están severamente alteradas; en algunos casos la lectura en voz alta es casi normal; comprensión del material leído, muy alterada.

1.3.5 Afasia motora transcortical.

La repetición se encuentra particularmente intacta. Hay gran dificultad para iniciar y organizar respuestas en la conversación. Esbozo oral muy positivo, con ecolalia en algunos casos. La lectura puede ser casi normal o mostrar fallos. En la escritura se pone de manifiesto una falta de incitación más evidente que a nivel oral; hay reducción y preservación.

1.3.6 Afasia transcortical mixta.

Está preservada la repetición (es imperfecta). Existe cierta conservación de automatismos verbales. La comprensión está muy alterada. Existen importantes defectos neurológicos asociados: hemiplejía, ..

1.3.7 Afasia anómica.

Puede ser evolución de un Wernicke o de una sensorial transcortical. El síntoma más llamativo es la dificultad para encontrar palabras, en el contexto de un habla fluida y gramaticalmente bien construida. La comprensión auditiva se encuentra habitualmente intacta. El paciente habla ligeramente, pero con ausencia llamativa de sustantivos en su discurso. La comprensión en conjunto es buena, presenta dificultad en la aprehensión del sentido de las palabras, cuando el paciente las oye o lee. Falla en tareas complejas de comprensión auditiva.

La repetición se logra sin dificultades. La lectura en voz alta es normal y también la comprensión, fallando en materiales complejos. En la escritura espontánea se advierten los fallos propios de la falta de vocablo. La copia es normal. En el dictado hay disortografía.

1.3.8 Afasia global.

Todos estos aspectos del lenguaje están severamente alterados, ya no existe un patrón distintivo de componentes preservados y alterados.

Sólo la articulación está algunas veces preservada en las pocas palabras o expresiones estereotipadas que se mantienen.

La comprensión auditiva del paciente puede parecer bastante buena.

1.3.9 Afasia mixta.

Existe una zona límite entre afasia de Broca y la afasia global, para la que se ha acuñado el término de “afasia no fluida mixta”. Se aplica a pacientes que poseen manifestaciones de la afasia de Broca, pero cuya comprensión auditiva está demasiado alterada para asignarlos a la categoría de afasia de Broca. Son pacientes que tienen cierto grado de comprensión auditiva y cierta capacidad para producir algunas palabras o frases.

1.3.10 Formas especiales.

Algunos síndromes afásicos cuentan con una semiología característica o evolucionan de una determinada manera, por el contexto en el que se produce el cuadro afásico (edad, medio lingüístico), o bien por la localización lesional. Consideramos formas especiales de afasias las siguientes: afasias sobcorticales, afasias puras, afasias de la infancia, afasia del zurdo, afasia cruzada, afasia del bilingüe, afasia del sordomudo..

Estudiaremos de forma más detallada :la afasia infantil y el síndrome de Landau-Kleffner.

1. Afasia infantil.

Es un trastorno del lenguaje consecutivo a una afectación objetiva del SNC y producido en un sujeto que ya ha adquirido cierto nivel de comprensión y expresión verbal.

La semiología se caracteriza por reducción del lenguaje espontáneo; nunca se presenta logorrea y es rara la existencia de parafasias.

La evolución del cuadro afásico en el niño depende en gran medida de la edad de aparición:

- desde los 18 meses a los 4 años, la alteración afásica es rápidamente compensada.
- De lo 4 a los 10 años, se observa la afasia con características semiológicas propias que la diferencian de la afasia del adulto y sólo desaparece progresivamente.
- Después de los 10 años aparecen el mismo tipo de afasias que en el adulto.

En los niños pequeños la recuperación de una afasia adquirida que requiere el cambio de la dominancia cerebral se consigue a expensas de alguna habilidad cognitiva. Estos niños recuperan el lenguaje pero rara vez vuelven al nivel que poseían antes de surgir la afasia.

Aparte de la afirmación de que el niño afásico se recupera mejor que el adulto, el clínico deberá guardarse de emitir un pronóstico concreto.

En cuanto al porvenir del niño afásico es preciso señalar que persisten ciertos trastornos del lenguaje y que el porvenir profesional y escolar es delicado.

2. Síndrome de Landau- Kleffner. Afasia – Epilepsia.

Encuadramos este síndrome dentro de las afasias infantiles por la edad en aparecen y porque siempre están presentes los trastornos del lenguaje; sin embargo se desconoce su etiopatogenia. El síndrome de Landau Kleffner comprende dos síntomas principales: Las alteraciones del lenguaje y los trastornos electroencefalográficos.

El comienzo es muy variable . La sintomatología está dominada por los trastornos de la comprensión verbal. La expresión verbal está siempre alterada. Todos los grados de severidad pueden darse.

La agnosia verbal auditiva es el síndrome más corrientemente observado; se cree que el síntoma central es la incapacidad para descodificar la fonología . Estos niños pueden hacer una descodificación visuo- espacial (lectura) y utilizar un lenguaje no verbal (el lenguaje gestual).

Hay una relación en la evolución con la edad en que han comenzado los trastornos. Cuando su comienzo es después de los seis años, la curación es más probable, cuando las alteraciones comienzan antes de los seis años, nos encontramos con secuelas más o menos graves.

1.4 Evaluación del paciente afásico.

¿ Que datos debemos conocer para la valoración de un paciente afásico?

Dada la complejidad de las actividades mentales superiores, en particular del lenguaje, se requiere que la exploración tenga un enfoque integrado ; esto implica la valoración conjunta de todos los datos del paciente.

En general los objetivos de la exploración son reconocer la existencia del síndrome afásico y hacer una descripción exhaustiva que nos permita identificar la forma clínica de la afasia. Confrontando los resultados de la exploración del lenguaje con los obtenidos en el resto de la exploración neurológica y todos los datos de la historia clínica, podemos tener una idea en cuanto a la naturaleza de la localización, de la o las lesiones del enfermo.

Los resultados obtenidos en el examen exhaustivo del paciente permiten diseñar un programa terapéutico.

El dictamen sobre el grado de discapacidad se basará en los rendimientos obtenidos por el paciente en las distintas tareas.

El estado general del paciente y su grado de fatigabilidad condicionarán el cómo llevar a cabo la valoración sobre todo en cuanto al tiempo a emplear en cada sesión de exploración que está en función de las capacidades residuales del paciente.

Las áreas básicas sujetas a valoración en un paciente afásico son:

- Expresión oral – habla espontánea o lenguaje conversacional, repetición, denominación, serie de palabras automáticas.
- Compresión oral .
- Comprensión del lenguaje escrito- discriminación de letras y palabras, asociación fonética, discriminación de seudopalabras emparejar dibujos y palabras, comprensión y realización de órdenes escritas lectura de oraciones y párrafos.
- Escritura.
- Pruebas no verbales complementarias

1.4 .1 Exploración de la expresión oral

1 Habla espontánea o lenguaje conversacional.

Propondremos la descripción de una lámina y preguntas sobre temas familiares a los que el paciente debe responder. En éste apartado sacaremos conclusiones sobre la fluencia, dependiendo de la longitud de las frases producidas o del número de palabras por minuto. También datos sobre el esfuerzo articulatorio, la existencia o no de disprosodia y el grado de fátiga del paciente en su función articulatoria. Analizaremos la dificultad para encontrar palabras, y examinaremos si los contenidos del lenguaje producido por el paciente son adecuados o no.

2. Repetición

Probaremos la capacidad del paciente para repetir sílabas, palabra, seudopalabras o frases. Estas pruebas son muy útiles para comprobar las transformaciones fonémicas

3. Denominación

La mayoría de los pacientes afásicos presenta un déficit en la denominación por confrontación visual. Es conveniente realizar esta prueba a partir de las distintas modalidades sensoriales. Pediremos al paciente que denomine objetos reales, partes del cuerpo, imágenes de objetos acciones, colores, números, letras.

4. Serie de palabras automáticas

Los resultados obtenidos son muy útiles para diferenciar la dificultad articulatoria afásica, de la propia de la disartria. Pediremos al paciente que recite los días de la semana, meses del año etc.

1.4.2 Exploración de la comprensión oral.

Es difícil de valorar.

Los resultados en el examen de la comprensión permiten separar dos grandes bloques de síndromes afásicos; Si existe un grave déficit de la comprensión, estaremos ante una afasia de Wernicke, una global o una afasia sensorial transcortical. Por otro lado se agrupa los síndromes en los que la comprensión está preservada o casi: afasia de Broca, afasia transcortical motora, afasia de conducción y afasia anómica .

En la valoración de la comprensión disponemos de pruebas que se atienen a un método psicométrico. Tenemos pruebas que se adaptan a los problemas y necesidades de cada caso.

Existe un conjunto de alteraciones que debemos tener en cuenta a la hora de valorar los resultados de las pruebas de comprensión ya que pueden interferir de forma negativa en su realización. Esta son: déficit en la producción lingüística, afectación motora alteraciones en el reconocimiento visual, la memoria a corto plazo, etc.

1.4.3 Comprensión del lenguaje escrito.

Las dificultades de valoración son debidas a que tanto la lectura como la escritura dependen de factores educacionales y de la actividad laboral que el enfermo realice. La mayor parte de las pruebas exploran los siguientes aspectos:

1. Discriminación de letras y palabras.

Explora el reconocimiento de letras como simbolos familiares, además del recuerdo de su grafía y su valor fonético

2. Asociación fonética

Explora la capacidad de asociar el sonido con su palabra correspondiente. Consta de dos apartados: Reconocimiento de palabras y comprensión del deletreo oral.

3. Discriminación de seudopalabras.

Encaminado a explorar el aspecto fonológico de la lectura, ya que la lectura de las seudopalabras pone únicamente en juego la conversión grafema-fonema.

4. Emparejar dibujo-palabra

Nos informa de la capacidad de comprensión del significado de palabras, como requisito previo para la comprensión de las oraciones.

5. Comprensión y realización de órdenes escritas.

El paciente debe leer las órdenes, sin verbalizar en voz alta, y ejecutarlas.

6. Lectura de oraciones y párrafos.

Su objetivo es valorar la comprensión de oraciones y textos

1.4.4 Exploración de la escritura.

La valoración de la escritura es semejante a la del habla. Valoramos los movimientos de la escritura, el recuerdo de símbolos escritos y la formulación del material conexo en narración libre o al dictado.

1.4.5 Pruebas no verbales complementarias.

Debemos tener datos fundamentalmente del rendimiento obtenido por el paciente afásico en todo lo relacionado con las praxias: praxias constructivas, praxias bucofaciales, praxias de las extremidades, movimientos globales del cuerpo y acciones seriadas con objetos.

En otros pacientes es necesario conocer sus rendimientos en las pruebas que exploran gnosis visuales, espaciales, gnosis digital, etc.

En todos es muy importante conocer su rendimiento intelectual, para ello será preciso aplicar las pruebas más adecuadas a cada paciente.

1.4.6 Pruebas utilizadas en la exploración de la afasia.

Todas intentan cumplir los objetivos anteriores. Algunas pruebas tienen un objetivo muy preciso, como es el de valorar la comprensión verbal, entre éstas están el Token test, y el test de los tres papeles de Pierre Marie.

Se aplican pruebas estandarizadas para el estudio de la afasia. Entre estas pruebas diseñadas inicialmente destacan el examen de la afasia de Eisenson y el test de Minnesota para el diagnóstico de la afasia. Más tarde aparecieron:

- **Test de Boston para el diagnóstico de la afasia.**
- **Western Battery of Aphasia.**
- **Programa integrado de exploración neuropsicológica.**
- **Test para el examen de la afasia.**

Hay pruebas que se acercan al problema de una manera nada psicométrica, más flexibles en su aplicación; entre ellas está la exploración neuropsicológica de Luria. Se basa en la selección de un conjunto de pruebas que se adaptan a los problemas y necesidades de cada paciente, observando detalladamente su conducta y realizando un análisis cualitativo de las alteraciones encontradas en la evaluación.

Desde enfoques cognitivos e intentando superar las limitaciones propias de las pruebas estandarizadas, se han diseñado baterías que facilitan la investigación centrada en el proceso. Valorando la conducta del paciente en el momento de ejecutar las distintas subpruebas y permitiendo modificaciones flexibles. Este tipo de exploraciones siempre parten de la aplicación de una prueba tradicional y cuantitativa. Se han elaborado diversas baterías, entre ellas :

- **Boston Stimulus Board:** Se compone de un conjunto de estímulos (letras, números, palabras, colores, dibujos y problemas matemáticos) Los estímulos se presentan en un tablero compartimentado. Cada tarea se acompaña se sugerencias para llevar a cabo modificaciones flexibles de acuerdo a las necesidades de cada paciente, También describe los tipos de errores que se pueden observar.
- **Palpa.** Existe una adaptación al castellano realizada por F. Valley F. Cuetos. Su objetivo principal es proporcionar una base firme para la comprensión de un trastorno concreto de procesamiento. La batería se divide en 4 grandes secciones: procesamiento fonológico, lectura y escritura, comprensión de dibujos y procesamiento de órdenes.

Por otra parte existen un conjunto de pruebas que tienen como objetivo estudiar los aspectos pragmáticos de la comunicación. Evalúan las estrategias del paciente para enfrentarse a las actividades cotidianas y la forma en que sustituye el sistema lingüístico deteriorado; analizan la comunicación teniendo en cuenta los aspectos paralingüísticos y no verbales que son utilizados por el sujeto en su afán de comunicarse.

- **Test de las capacidades comunicativas en la vida diaria.** Evalúa los recursos del paciente para afrontar su entorno cotidiano. Nos informa sobre la comunicación funcional del paciente, cómo se desenvuelve en la vida diaria.. Existe una versión española que consta de 71 ítems agrupados en 10 categorías.
- **Protocolo pragmático:** Valora 30 conductas pragmáticas, que se agrupan en 4 categorías: actos expresivos, proposicionales, ilocutivos y perlocutivos.
- **Índice de efectividad comunicativa :** Puntúa la conducta del afásico en 16 situaciones que abarcan cuatro categorías de comunicación:
 - a) Necesidades básicas.
 - b) Amenaza a la salud (pedir auxilio).
 - c) Habilidad en la vida diaria.
 - d) Necesidades sociales.

Por último otras pruebas han sido diseñadas para ser instrumento que controle la evolución del paciente y la efectividad de la terapia :

- **Perfil de eficiencia comunicativa:** Está compuesto de dos índices principales: el índice de la Eficiencia Léxica, que mide la proporción de palabras informativas con respecto al total de palabras producidas, y el Índice de Soporte Gramatical, que mide la gramaticalidad de las frases que contienen estas palabras informativas.

- **Test de Boston para la valoración de la afasia severa:** test específicamente diseñado para valorar los resultados en la comunicación de la afasia severa. Valora habilidades lingüísticas y paralingüísticas que rara vez son valoradas en otras pruebas.

BILIOGRAFIA.

J. M. Gorospe Arocena: M. Garrido GALLEGO; J. Vera Gimenez; J. Málaga Guerrero. Valoración de la Deficiencia y la Discapacidad en los Trastornos Del Lenguaje, El habla, y la Voz. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1997

Perelló, J. ; Guixá, J.; Leal, M. ; Vendrell, J.M.: Perturbaciones del Lenguaje. Barcelona, Ed , Científico – Médica 1979.

Aguado, G . : el desarrollo de la morfosintaxis en el niño. Guía para la Evaluación del T.S.A. Madrid, Ed Cepe, 1989

Bustos, I : Discriminación auditiva y logopedia. Manual de ejercicios de recuperación. Madrid, CEPE, 1981.

Barraquer Bordás, L. : Afasias, apraxias y agnosias. Barfelona . Ed Toray, 1976.

Helm Estabrooks, N.; Albert, M. L. : Manual de terapia de la afasia. Madrid Ed Médica Panamericana, 1994.

Peña Casanova, J.; Pérez, M : Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados. Barcelona, Masson, 1995.