

SISTEMAS ATENCIONALES Y NEGLIGENCIA UNILATERAL

Resumen. Introducción. El síndrome de negligencia unilateral puede definirse como la incapacidad del paciente para detectar, referir, orientarse o responder a estímulos presentados contralateralmente a una lesión cerebral en ausencia de trastornos sensitivosensoriales o motrices elementales. Desarrollo. Las primeras descripciones se atribuyen a Hughlings Jackson (1876) y a Anton (1893). La característica determinante es el sesgo de lateralización, que es direccional independientemente del campo visual, y con fines descriptivos puede clasificarse en: 1. Atencional (negligencia sensorial). 2. Intencional (negligencia motora). Las lesiones que potencialmente pueden producir síndromes de negligencia tienden a localizarse en el lóbulo parietal inferior en el hemisferio derecho (parietal superior si hay ataxia óptica) y el lóbulo frontal en el hemisferio derecho. En el caso del fenómeno de extinción son más frecuentes las lesiones subcorticales: núcleo lenticular del hemisferio derecho y sustancia blanca periventricular anterior. Los elementos que componen el cuadro de negligencia unilateral (pueden coexistir o presentarse aisladamente) incluyen en la negligencia atencional: hemi-inatención, alestesia, aloquiria, anosognosia (con o sin somatoparafrenia y misoplejía) o anosodiaforia, y fenómeno de extinción sensorial. En la negligencia intencional se abarca: hemi-acinesia, hipocinesia direccional, impersistencia motora y fenómeno de extinción motora. Las teorías propuestas para explicar la fisiopatología de estos cuadros incluyen el modelo atencional-intencional, el modelo de las redes neurales, el modelo vectorial, el modelo representacional, el modelo premotor y otros. [REV NEUROL 2001; 32: 478-83] [<http://www.revneurologia.com/3205/k050478.pdf>]

Palabras clave. Fenómeno de extinción. Negligencia unilateral. Sistemas atencionales.

SISTEMAS ATENCIONAIS E NEGLIGÊNCIA UNILATERAL

Resumo. Introdução. A síndrome de negligência unilateral pode definir-se como a incapacidade do doente detectar, referir, orientar-se ou responder a estímulos apresentados do lado contralateral à lesão cerebral, na ausência de perturbações sensitivo-sensoriais ou motoras elementares. Desenvolvimento. As primeiras descrições atribuem-se a Hughlings Jackson (1876) e a Anton (1893). A característica determinante é o sentido de lateralização, que é direccional, independentemente do campo visual, e que para fins descritivos pode classificar-se em: 1. Atencional (negligência sensorial). 2. Intencional (negligência motora). As lesões que potencialmente podem produzir síndromas de negligência têm a tendência de localizar-se no lobo parietal inferior do hemisfério direito (parietal superior se houver ataxia óptica) e no lobo frontal do hemisfério direito. No caso do fenómeno de extinção, são mais frequentes as lesões subcorticais: núcleo lenticular do hemisfério direito e substância branca periventricular anterior. Os elementos que compõem o quadro de negligência unilateral (podem coexistir ou apresentar-se isoladamente) incluem na negligência atencional: semi-desatenção, alestesia, aloquiria, anosognosia (com ou sem somatoparafrenia ou misoplegia) ou anosodiaforia, e fenómeno de extinção sensorial. Na negligência intencional inclui-se: hemi-acinesia, hipocinesia direccional, impersistência motora e fenómeno de extinção motora. As teorias propostas para explicar a fisiopatologia destes quadros incluem o modelo atencional-intencional, o modelo das redes neuronais, o modelo vectorial, o modelo representacional, o modelo pré-motor e outros. [REV NEUROL 2001; 32: 478-83] [<http://www.revneurologia.com/3205/k050478.pdf>]

Palavras chave. Negligência unilateral. Sistemas atencionales. Fenómeno de extinción.

Clasificación del síndrome afásico

M.^ªV. Perea-Bartolomé

CLASSIFICATION OF THE APHASIC SYNDROME

Summary. Introduction. The clinical examination of language should form part of the general examination of the mental state in patients with diffuse cognitive disorders, intellectual disorders, disorders of memory, etc. Objective. To focus the examination of language towards understanding and classification of linguistic activity, through study of aphasia. Development. We analyze the semiological diversity of aphasia and most relevant clinical forms using a diagnostic decision tree to consider the clinical, neuropsychological and neuroanatomical characteristics. The more detailed the study of the aphasic disorder, the more difficult it is to fit the case into a particular clinical type. In fact, as may be seen from current publications, there are more and more studies of aphasic persons considered to have unclassifiable aphasia. The more and more detailed studies of neuropsychological disorders mean that we now find terms such as primary progressive aphasia, semantic dementia and anarthria or progressive aphemia. This groups of abnormal linguistic features appearing in patients with focal degenerative illness may lead to some confusion, not only in the clinicosemiological sphere but also with regard to diagnosis, classification and evolution of the disorder. Conclusions. By studying aphasia we may study the anatomofunctional basis of language more fully, investigate the different systems for processing information, study cases with particular dysfunctions and specifically evaluate, case by case, the numerous, complex components of linguistic activity. [REV NEUROL 2001; 32: 483-8] [<http://www.revneurologia.com/3208/k080483.pdf>]

Key words. Aphasia. Classification. Clinical forms. Evaluation. Language. Neuropsychology.

INTRODUCCIÓN

La exploración clínica del lenguaje debe formar parte del examen general del estado mental en pacientes con trastorno cognitivo difuso, con trastorno intelectual, trastornos de memoria, etc. Sin

embargo, el motivo del presente estudio es enfocar la exploración del lenguaje hacia el conocimiento y clasificación, en su caso, de la actividad lingüística propiamente dicha (susceptible de alterarse de forma aislada), la cual se muestra en todo su esplendor,

Recibido: 31.01.00. Recibido en versión revisada: 16.05.00. Aceptado: 16.05.00. Neuróloga. Profesora titular de Neuropsicología. Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Salamanca, España.

Correspondencia: Dra. M.^ª Victoria Perea Bartolomé. Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Avda. de la Merced, 109-131. E-37005 Salamanca. E-mail: vperea@gugu.usal.es

© 2001, REVISTA DE NEUROLOGÍA

dentro del estudio del lenguaje, en la afasia. A través del estudio de la afasia podemos profundizar en el conocimiento del sustrato anatomofuncional del lenguaje, investigar sobre los diferentes sistemas de procesamiento de la información, estudiar casos con disfunciones especiales, así como evaluar específicamente—caso a caso—los numerosos y complejos componentes de la actividad lingüística. Sin embargo, cuanto más detenido es el estudio del trastorno afásico, más difícil se hace el encuadrar el caso en una determinada forma clínica. Es una realidad, que podemos ver sólo con manejar las publicaciones al uso, el hecho de que cada vez es mayor el número de sujetos afásicos estudiados que aparecen en la casilla de afasia inclasificable. El estudio cada vez más pormenorizado de los trastornos neuropsicológicos hace que nos encontremos con términos como ‘afasia progresiva primaria’, ‘demencia semántica’ o ‘anartria o afemia progresiva’. Este grupo de manifestaciones lingüísticas anormales que aparecen, entre otras, en el marco de enfermedades degenerativas focales pueden crear cierta confusión no sólo en el ámbito clínico-semiológico, sino también en el diagnóstico, de clasificación y en el enfoque evolutivo de los trastornos del lenguaje.

CLASIFICACIÓN DE LA AFASIA

El intento clasificador en el estudio de la afasia constituye actualmente un aspecto controvertido, ya que, así como la clasificación de cada afásico en una determinada forma clínica, al menos en las más relevantes, tiene sus ventajas—para el estudio evolutivo del paciente, para estudios comparados entre poblaciones diferentes o para el entendimiento entre profesionales, etc.—, los intentos de clasificar chocan con otros intereses del estudio neuropsicológico que pretenden profundizar en la actividad lingüística de cada caso concreto para un mejor entendimiento del procesamiento lingüístico. Desde nuestra perspectiva de estudio, estos casos son, además, los que aportan una fuente inestimable de conocimiento sobre la actividad cognitiva que nos ocupa.

Crterios

Se han utilizado diferentes criterios para la clasificación de la afasia. Algunos de ellos se han basado en el análisis de las características semiológicas del cuadro. Otros son criterios anatómicos defendidos firmemente por los teóricos localizacionistas o conexionistas en cada caso. Los conocimientos lingüísticos han permitido perfilar con detalle algunos aspectos fundamentales del lenguaje en la afasia. Veremos también la influencia de este aspecto su clasificación.

- Clásicamente, se ha empleado el criterio de ‘fluidez en la expresión oral’ o ‘fluencia verbal’ para separar la afasia fluente (Wernicke, amnésica, etc.) de la no fluente (Broca, global, etc.). Este aspecto ha sido y sigue siendo en la actualidad muy útil en la clínica diaria. Ya desde el primer contacto con el paciente en el lenguaje conversacional, en la entrevista, podemos apreciar (subjetivamente) o medir a través de tests neuropsicológicos la extensión de las frases y el ritmo verbal.
- Otro criterio utilizado en la clasificación se basa en la presencia de déficit de expresión, de comprensión, o de ambos aspectos en el cuadro clínico. En 1935, el neurólogo Theodore Weisenburg y la psicóloga Katherine McBride [1] clasificaron las afasias en receptivas y expresivas, dependiendo de si las capacidades del sujeto en comprensión o expresión oral estaban afectadas en mayor o menor grado. La afasia expresiva se relaciona generalmente con lesiones anteriores, mientras que la receptiva se vincula a lesiones cerebrales posteriores. Este enfoque se basa en el análisis de la semiología concreta de

cada caso. Debe constatar (medir) si el paciente presenta un trastorno del lenguaje en el que priman los déficit de expresión (los afectados obtienen las puntuaciones más bajas en los subtests de expresión oral: lenguaje conversacional, denominación, repetición, secuencias automáticas, etc.), de comprensión (puntuaciones bajas en comprensión verbal de palabras, frases, textos, etc.) o si la afectación implica ambos procesamientos. Bajo esta perspectiva encontramos los términos: 1. Afasia motora (con alteración cortical anterior y alteración fundamental de la expresión verbal, con comprensión verbal normal), en el cual se incluirán la afasia de Broca y la afasia anómica; 2. Afasia sensitiva (por lesión en lóbulo temporal y grave afectación de la comprensión oral y escrita), en el cual se incluiría a la afasia de Wernicke y a la alexia pura, y 3. Afasia sensitivo-motora o afasia mixta (trastornos de la comprensión y de la expresión) y conocida también como afasia global. Tras sus investigaciones, ya Wernicke acuñó los términos de afasia motora y afasia sensorial.

- Dependiendo de la localización de la lesión se ha hablado de afasias anteriores (lesión prerrolándica izquierda, en las proximidades del área de Broca) y de afasias posteriores (lesión temporoparietal izquierda, en las proximidades del área de Wernicke o en la región parietal posterior). Con el avance de la afasiología y a la par de los nuevos descubrimientos en técnicas de neuroimagen anatómica y funcional, los intentos de clasificación de las formas clínicas se han visto influenciados por el sustrato neurofuncional afectado. Así, es frecuente ver descritos casos de afasia dependiente del núcleo caudado, afasia talámica, afasia subcortical, afasia por sección de determinadas fibras del cuerpo caloso, etc.

El enfoque anatómico en la denominación y clasificación del síndrome afásico aporta interesantes conceptos para el estudio. Consideramos, sin embargo, que en el estudio de la afasia deben primar las manifestaciones clínicas y neuropsicológicas del sujeto, más que la localización cerebral de la lesión. Y ello, en primer lugar, sobre la base de la tremenda diversidad anatomofuncional existente en una función de integración tan compleja como la que nos ocupa; y, en segundo lugar, por un hecho eminentemente práctico, el que constituye la utilidad que supone para la rehabilitación e integración social de la afasia el conocimiento detallado de la semiología propia de cada caso.

- Los resultados de la aproximación de los conocimientos lingüísticos a la afasia han permitido establecer conceptos como los de trastornos en la descodificación y trastornos de la codificación. Luria consideraba, dentro de la afasia motriz o de Broca, afasia eferente o cinética de Luria, seis tipos de afasia con trastornos de codificación y un tipo fundamental de trastornos de la descodificación conocido como afasia sensorial. En cada uno de estos tipos no tienen que verse afectados necesariamente todos los niveles lingüísticos. En algunos casos, el déficit principal o único se encuentra en el ámbito fonológico, en otros los trastornos aparecen en la sintaxis. Así, en el área fonológica se conservan los fonemas, que están alterados en su forma especial de combinarse, en la transición de un fonema al siguiente, en la formación de palabras. La afasia eferente sería un trastorno típico de la contigüidad. En la afasia sensorial se preservan mejor los conjuntos sintácticos, las frases, mientras se presentan graves trastornos de selección, de semejanzas. Algunos pacientes afásicos muestran importantes problemas en la codificación, en la capacidad de integrar un contexto, de crearlo; otros presentan indudables conflictos al analizar un contexto, al descodificar. Así

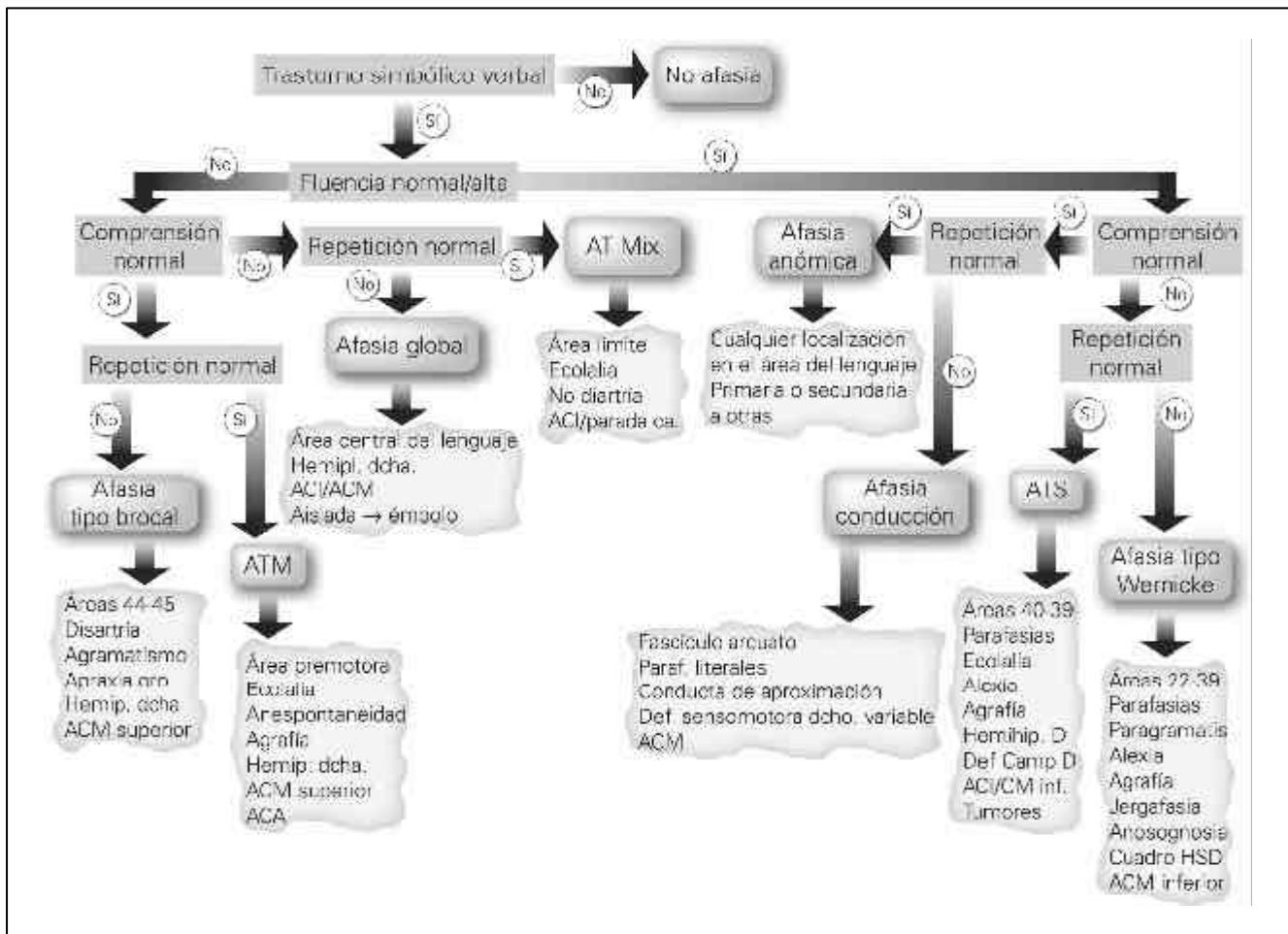


Figura. Formas clínicas de afasia [3].

pues, en el estudio pormenorizado de la afasia, deberemos tener en cuenta los diferentes aspectos lingüísticos, algunos de tanto interés como los que contemplan las dicotomías: combinación-selección, sucesividad-simultaneidad y desintegración-limitación de Jakobson [2].

En este trabajo vamos a manejar algunos de los criterios descritos con anterioridad para poder entender, bajo una perspectiva clínica, la afasia. Partiremos del primer criterio expuesto, la fluidez verbal, por su interés en la práctica clínica. A continuación, serán aquellos 'detalles neuropsicológicos' relevantes en la exploración del cuadro afásico los que marquen nuestra decisión diagnóstica—la prevalencia de trastornos en la comprensión oral o no; la presencia o no de alteraciones en la repetición verbal, etc.—. Todos estos aspectos deberán explorarse con sutileza. Posteriormente, guiarán nuestro esquema 'detalles clínicos neurológicos', que terminarán de configurar la decisión diagnóstica.

En la figura presentamos un árbol de decisión diagnóstica en afasias [3] que contempla características clínicas, neuropsicológicas y neuroanatómicas.

Debido a la importancia que, para la clasificación de la afasia, tiene el estudio pormenorizado de las manifestaciones clínicas neuropsicológicas, resumiremos a continuación la metodología básica para la exploración del lenguaje en la afasia, a fin de que no 'olvidemos' estudiar (registrar) los aspectos fundamentales.

Generalmente, tras una primera entrevista breve (10-15 minutos), basada en la comunicación auditivo-verbal a través del lenguaje conversacional explorador-paciente, ya podemos disponer de una idea sobre los rendimientos lingüísticos de, al menos, dos pilares (los que conforman los aspectos orales) de los cuatro (expresión y comprensión oral, expresión y comprensión escrita) sobre los que se basa la exploración del lenguaje. Tendremos información sobre la fluencia verbal, un aspecto crucial en el árbol de decisión diagnóstica que presentamos.

ÁREAS DE EXPLORACIÓN

Analizaremos los diferentes subcomponentes del lenguaje englobados en lo que llamaremos 'áreas de exploración' (AE): AE 1 o expresión oral, AE 2 o comprensión verbal, AE 3 o expresión escrita y AE 4 o comprensión escrita.

Utilizaremos para la evaluación los tests que nos permitan valorar todos los aspectos que conforman los distintos subcomponentes lingüísticos, tanto en la vertiente oral como escrita. Sea cual sea el instrumento elegido, deberá ser flexible y adaptarse a cada caso sin perder por ello significación. El test debe permitir la interrupción de la prueba en un momento dado y la alteración del orden de administración del mismo cuantas veces sea necesario.

Cada subcomponente debe explorarse teniendo en cuenta el concepto de 'dificultad progresiva', para poder detectar el 'grado

Tabla. Características de las diferentes formas clínicas de afasia [3].

	Afasia de Broca	Afasia de Wernicke	Afasia global	Afasia anómica	Afasia de conducción	Afasia transcortical sensorial	Afasia transcortical motora	Afasia transcortical mixta
Lenguaje conversacional	No fluente	Fluente, parafásico	No fluente	Fluente, vacío	Fluente, parafásico	Fluente, parafásico, ecolálico	No fluente	No fluente con ecolalia
Comprensión del lenguaje hablado	Relativamente normal	Anormal	Anormal	Normal o defecto leve	Bueno a normal	Muy anormal	Relativamente normal	Muy defectuosa
Repetición del lenguaje hablado	Anormal	Anormal	Anormal	Buena	Anormal	Buena a excelente	Buena a anormal	Buena
Denominación por confrontación	Anormal	Anormal	Anormal	Defectuosa	Usualmente anormal	Defectuosa	Defectuosa	Muy defectuosa
Lectura								
En voz alta	Anormal	Anormal	Anormal	Buena	Anormal a defectuosa	Defectuosa	Defectuosa	Defectuosa
Comprensión	Normal o anormal	Anormal	Anormal	Buena a defectuosa	Buena a normal	Defectuosa	Con frecuencia buena	Defectuosa
Escritura	Anormal	Anormal	Anormal	Buena a defectuosa	Anormal	Defectuosa	Defectuosa	Defectuosa

de afectación' de cada elemento y el 'grado de gravedad' global de la afasia.

Por su interés clínico, suele comenzarse—las características del paciente siempre dirigen el estudio—por la evaluación de la vertiente oral. Para evaluar el lenguaje existen numerosos tests que permiten estudiar la función lingüística minuciosamente [4-52].

Área de exploración 1: expresión oral

La expresión oral puede analizarse de forma subjetiva desde el primer contacto con el paciente. Ya en el lenguaje conversacional, a través del análisis del lenguaje espontáneo o por medio de la descripción por parte del sujeto de imágenes complejas (láminas), se puede constatar el estado de una serie de parámetros de gran interés en afasiología. Nos referimos a características del lenguaje utilizadas clásicamente con un claro interés taxonómico:

- Fluidez, entendida como la capacidad del sujeto para emitir un lenguaje sin esfuerzo, sin fatiga y a velocidad habitual para él.
- Capacidad articulatoria, facilidad en el ámbito fonémico y silábico.
- Prosodia, línea melódica, entonación.
- Capacidad para encontrar palabras en el lenguaje conversacional, contenido informativo en relación con la fluidez.
- Forma gramatical, calidad de las construcciones gramaticales (agramatismos, disgramatismos).
- Parafasias en el lenguaje conversacional.

El estudio de las características de la expresión oral se completa con la exploración de los siguientes aspectos:

- Repetición: transposición audiofonatoria de letras, palabras sencillas, frases de mayor y menor probabilidad. La capacidad para repetir guiará nuestra decisión diagnóstica (afasias transcorticales, afasias de conducción, etc.)
- Denominación: evocación de elementos en asociación controlada y denominación dependiente de la vía de entrada perceptiva (auditiva, visual, táctil). A pesar de que las dificultades de

evocación de términos están presentes en cualquier tipo de afasia, o incluso en sujetos no afásicos, este aspecto está significativamente afectado en pacientes con afasia anómica.

- Secuencias automáticas, evocación seriada de números, días de la semana, meses del año, etc.
- Recitado, evocación de material previamente aprendido.
- Canto y ritmo. Expresión oral y melodía.
- Lenguaje narrativo, expresión oral con importante participación del procesamiento cognitivo frontal.

Área de exploración 2: comprensión verbal

La exploración de la comprensión verbal comienza también en la entrevista. La observación de la conducta del sujeto, de sus respuestas a nuestras intervenciones, nos ofrece una idea de cómo se encuentra este aspecto. Sin embargo, no es esta fase de la exploración del lenguaje la mejor para valorar la comprensión verbal, ya que está cargada de empatía, gestualidad y automatismos conversacionales, que pueden enmascarar un trastorno en comprensión verbal. Por este motivo, la comprensión verbal del paciente debe analizarse de forma independiente a través de instrumentos especialmente elaborados para ello.

La exploración de la comprensión verbal requiere del examen de la capacidad del sujeto para la discriminación fonética, la comprensión de palabras, la comprensión de oraciones simples y la comprensión de estructuras lógicas gramaticales.

Todas las baterías generales que tratan de estudiar la afasia (Apéndice) incluyen ampliamente el estudio de la comprensión verbal, introducen el concepto de grado de dificultad de la prueba comentado anteriormente y utilizan diferentes posibilidades de respuesta por parte del paciente. Así, algunos tests de comprensión verbal requieren del sujeto respuestas gestuales; otros demandan respuestas por designación de elementos, dibujos, palabras, partes del cuerpo, etc.; algunas pruebas evalúan la comprensión verbal a través de respuestas 'sí/no' y otras más complejas

solicitan la interpretación de hechos, textos, etc. Además, existen tests especialmente diseñados para analizar este aspecto. Por su utilidad en el estudio de la afasia, debemos mencionar especialmente el *Token Test* [8,9].

La exploración de la comprensión verbal es una parte importante para el diagnóstico de la afasia y para el establecimiento de un plan terapéutico. Este área de exploración (AE 2) aparece significativamente afectada en pacientes con afasias posteriores, afasia de Wernicke, afasia transcortical sensorial, etc.

Área de exploración 3: expresión escrita

De gran interés en las formas puras de afasia, depende mucho del nivel educacional previo del paciente, de su profesión, hábitos y costumbres.

Deben explorarse los rendimientos en: mecánica de la escritura (explorada a través del análisis de la escritura espontánea, de

la firma, etc.); escritura seriada (de números, días de la semana, meses del año, etc.); dictado (de letras elementales, números, palabras, frases); copia (de letras, palabras, frases simples y complejas); capacidad para encontrar palabras escritas; capacidad para elaborar oraciones y frases, y escritura narrativa

Área de exploración 4: comprensión escrita

Al igual que el AE 3 depende de los años de educación del paciente, de su profesión, hábitos y costumbres, así como también se torna indudablemente interesante en el estudio de las formas puras de afasia. Se debe analizar tanto la capacidad del sujeto para la lectura en voz alta, como para la comprensión de lo leído. Deben explorarse los rendimientos en discriminación de símbolos, discriminación de palabras, asociación fonética, lectura de oraciones y frases.

La tabla resume las características fundamentales del lenguaje en los distintos tipos de afasia.

BIBLIOGRAFÍA

- Weisenbur TH, McBride KE. Aphasia. New York: Common Wealth Found; 1935.
- Jakobson R. Lenguaje infantil y afasia. Madrid: Ayuso; 1974.
- Perea MV, Ladera V, Echeandía C. Neuropsicología. Libro de trabajo. Salamanca: Amarú; 1998.
- Halstead WC, Wepman JM. The Halstead-Wepman aphasia screening test. *J Speech Head Disord* 1959; 14: 9-15.
- Wepman J. Language modalities test for aphasia. Chicago: Educational Industry Service; 1961.
- MacCarthy JJ, Kirk JA. The Illinois test psycholinguistic abilities. Urbana: University of Illinois Press; 1961.
- Ballesteros S, Cordero A. Test de Illinois de aptitudes psicolingüísticas de Kirk, MacCarthy y Kirk. (Adaptación española). Madrid: TEA; 1984.
- De Renzi E, Vignolo LA. The Token test: a sensitive test to detect disturbances in aphasics. *Brain* 1962; 85: 665-78.
- De Renzi E, Faglioni P. Normative data and screening power of a shortened version of the Token test. *Cortex* 1978; 14: 41-9.
- Dunn LM. Expanded manual for the Peabody picture vocabulary test. Circle Pines: American Guidance Service; 1965.
- Dunn LM, Markwardt FC. Manual Peabody individual achievement test. Circle Pines: American Guidance Service; 1970.
- Dunn LM, Dunn LM. Peabody picture vocabulary test. Revised manual. Circle Pines: American Guidance Service; 1981.
- Gates AI, MacGinitie WH. Gates-MacGinitie reading tests. New York: Teachers College Press, Teachers College, Columbia University; 1965.
- Porch BE. Porch index of communicative ability. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1967.
- Porch BE. Multidimensional scoring in aphasia testing. *J Speech Head Disord* 1971; 14: 776-92.
- Sarno MT. The communication profile: manual of directions. New York: Institute of Rehabilitation Medicine, New York University Medical Center; 1969.
- Spree O, Benton AL. Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia. Victoria: Neuropsychological Laboratory, Dept. of Psychology, University of Victoria; 1969.
- Spree O, Benton AL. Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia (NCCEA). Revised edition. Victoria: Neuropsychological Laboratory, Dept. of Psychology, University of Victoria; 1977.
- Newcombe F, Oldfield RC, Ratcliff GG, Wingfield A. Recognition and naming of object-drawings by men with focal brain wounds. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1971; 34: 329-40.
- Schuell H. Differential diagnosis of aphasia with the Minnesota test. 2 ed. revised. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1972.
- Lichtman M. Reading/everyday activities in life. New York: CAL Press; 1972.
- Isaacs B, Kennie AT. The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *Br J Psychiatry* 1973; 23: 467-70.
- Boder E. Developmental dyslexia: a diagnostic approach based on the three atypical reading-spelling patterns. *Dev Med Child Neurol* 1973; 15: 663-87.
- Keenan JS, Brassell EG. The aphasia language performance scales (ALPS). Manual. Murfreesboro: Pinnacle Press; 1975.
- Benton AL, Hamsher K. Multilingual aphasia examination. Iowa City: University of Iowa; 1976.
- Benton AL, Hamsher K. Multilingual aphasia examination. Iowa City: University of Iowa; 1989.
- Caracosta H, Piterman S, Van Waeyenberghe, Zivy J. Test de langage. Issy Les Moulineaux: EAP; 1976.
- Ducarne B. Test para el examen de la afasia. (Pruebas clínicas de B. Ducarne de Ribaucourt-Revisión 1975). Madrid: TEA; 1977.
- Bankson NW. Bankson's language screening test. Baltimore: University Park Press; 1977.
- Blank M, Rose SA, Berlin LJ. The language of learning: the preschool year. London: Grune & Stratton; 1978.
- Nelson HE, O'Connell A. Dementia: the estimation of premorbid intelligence levels using the new adult reading test. *Cortex* 1978; 14: 234-44.
- Nelson HE. National adult reading test (NART): test manual. Windsor: NFER-Nelson; 1982.
- Kertesz A. Aphasia and associated disorders. New York: Grune & Stratton; 1979.
- Holland AL. Communication abilities in daily living. A test of functional communication for aphasic adults. Baltimore: University Park Press; 1980.
- McKenna JC, Warrington EK. The graded naming test. Windsor: Nelson; 1980.
- Deltour JJ, Hupkens D. Test de vocabulaire actif et passif, pour enfants de 3 a 5 ans et de 5 a 8 ans. Issy Les Moulineaux: EAP; 1980.
- Kaplan E, Fein D, Morris R, Delis D. WAIS-RNI as a neuropsychological instrument. San Antonio: The Psychological Corporation; 1991.
- Goodglass H, Kaplan E. The Assessment of Aphasia and Related Disorders. Philadelphia: Lea & Febiger; 1983.
- Goodglass H, Kaplan E. La evaluación de la afasia y trastornos relacionados. Madrid: Panamericana; 1986.
- Kaplan E, Goodglas H, Weintraub S. Boston Naming Test. Philadelphia: Lea & Fibiger; 1983.
- Kaplan E, Goodglass H, Weintraub S. Test de vocabulario de Boston. Madrid: Médica Panamericana; 1986.
- Sklar M. Sklar aphasia scale (revised). Manual. Los Angeles: Western Psychological Services; 1983.
- Jastak S, Wilkinson GS. Wide range achievement test-revised. Wilmington: Jastak Assessment Systems; 1984.
- Karlsen B, Madden R, Gardner EF. Stanford diagnostic reading test. San Antonio: Psychological Corporation; 1984.
- Goodman RA, Caramazza A. The Johns Hopkins University dysgraphia battery. Baltimore: The John Hopkins University; 1985.
- Reid N. Wide range achievement test: 1984. Revised edition. *J Counsel Develop* 1986; 64: 538-9.
- Reynolds D. Wide range achievement test (WRAT-R) revised edition. *J Counsel Develop* 1986; 64: 540-1.
- Blair JR, Spree O. Predicting premorbid IQ: a revision of the national adult reading test. *Clin Neuropsychol* 1989; 3: 129-36.
- González Montalvo JI. Creación y validación de un test de lectura para el diagnóstico del deterioro mental en el anciano. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1991.
- Thurstone TG. Understanding Communication. Rosemont, IL: London House; 1992.
- Ladera V, Perea MV. Estudio y valoración neuropsicológica de la denominación. Salamanca: Amarú; 1993.
- McKenna P. The category-specific names test. Hove, UK: Psychology Press; 1997.

Apéndice. Tests de lenguaje.

<i>The Halstead-Wepman Aphasia Screening Test</i> [4]	<i>The Preschool Language Assessment Instrument</i> [30]
<i>Language Modalities Test for Aphasia</i> [5]	<i>National Adult Reading Test</i> [31, 32]
<i>The Illinois Test Psycholinguistic Abilities</i> [6, 7]	<i>Western Aphasia Battery</i> [33]
<i>The Token Test</i> [8, 9]	<i>Communication Abilities in Daily Living</i> [34]
<i>Peabody Picture Vocabulary Test</i> [10-12]	<i>The Graded Naming Test</i> [35]
<i>The Gates-MacGinitie Reading Tests</i> [13]	<i>Test de vocabulario activo y pasivo</i> [36]
<i>Porch Index of Communicative Ability</i> [14, 15]	<i>WAIS-RNI</i> [37]
<i>The Functional Communication Profile</i> [16]	<i>Test para el diagnóstico de la afasia</i> [38, 39]
<i>Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia</i> [17, 18]	<i>Test de Vocabulario de Boston</i> [40, 41]
<i>Object-Naming Test</i> [19]	<i>Sklar Aphasia Scale</i> [42]
<i>Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia</i> [20]	<i>Reading Subtest of the Wide Range Achievement Test-Revised</i> [43]
<i>Reading/Everyday Activities in Life</i> [21]	<i>Spelling Subtest of the Wide Range Achievement Test-Revised</i> [43]
<i>The Set Test</i> [22]	<i>Stanford Diagnostic Reading Test</i> [44]
<i>The Diagnostic Screening Procedure</i> [23]	<i>Johns Hopkins University Dysgraphia Battery</i> [45]
<i>The Aphasia Language Performance Scales</i> [24]	<i>Wide Range Achievement Test. Revised</i> [46, 47]
<i>Controlled Oral Word Association Test</i> [25]	<i>North American Adult Reading Test</i> [48]
<i>Multilingual Aphasia Examination</i> [26]	<i>Test de acentuación de palabras</i> [49]
<i>Test de Languaje</i> [27]	<i>Understanding Communication</i> [50]
<i>Test para el examen de la afasia</i> [28]	<i>Test de denominación</i> [51]
<i>Bankson's Language Screening Test</i> [29]	<i>The Category-Specific Names Test</i> [52]

CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME AFÁSICO

Resumen. Introducción. *La exploración clínica del lenguaje debe formar parte del examen general del estado mental en pacientes con trastorno cognitivo difuso, con trastorno intelectual, trastornos de memoria, etc.* Objetivo. *Enfocar la exploración del lenguaje hacia el conocimiento y clasificación de la actividad lingüística, a través del estudio de la afasia.* Desarrollo. *Analizaremos la diversidad semiológica de la afasia, formas clínicas más relevantes, utilizando un árbol de decisión diagnóstica que contempla características clínicas, neuropsicológicas y neuroanatómicas. Cuanto más detenido es el estudio del trastorno afásico, más difícil se hace el encuadrar el caso en una determinada forma clínica. Es una realidad, que podemos ver sólo con manejar las publicaciones al uso, el hecho de que cada vez es mayor el número de sujetos afásicos estudiados que aparecen en la casilla de afasia inclasificable. El estudio cada vez más pormenorizado de los trastornos neuropsicológicos hace que nos encontremos con términos como afasia progresiva primaria, demencia semántica y anartria o afemia progresiva. Este grupo de manifestaciones lingüísticas anormales que aparecen en el marco de enfermedades degenerativas focales pueden crear cierta confusión, no sólo en el ámbito clinicosemiológico, sino también en el diagnóstico, de clasificación y en el enfoque evolutivo.* Conclusiones. *A través del estudio de la afasia podemos profundizar en el conocimiento del sustrato anatomofuncional del lenguaje, investigar sobre los diferentes sistemas de procesamiento de la información, estudiar casos con disfunciones especiales y evaluar específicamente, caso a caso, los numerosos y complejos componentes de la actividad lingüística.* [REV NEUROL 2001; 32: 483-8] [<http://www.revneurolog.com/3208/k080483.pdf>]

Palabras clave. Afasia. Clasificación. Evaluación. Formas clínicas. Lenguaje. Neuropsicología.

CLASSIFICAÇÃO DA SÍNDROMA AFÁSICA

Resumo. Introdução. *A exploração clínica da linguagem deve fazer parte do exame geral do estado mental nos doentes com perturbação cognitiva difusa, com perturbação intelectual, de memória, etc.* Objectivo. *Abordar a exploração da linguagem até ao conhecimento e classificar a actividade linguística, através do estudo da afasia.* Desenvolvimento. *Analizaremos a diversidade semiológica da afasia, formas clínicas mais relevantes, utilizando um eixo de decisão diagnóstica que contempla características clínicas, neuropsicológicas e neuroanatómicas. Quanto mais contido for o estudo da perturbação afásica, mais difícil se torna enquadrar o caso numa determinada forma clínica. É uma realidade, que apenas podemos ver consultando as publicações médicas, o facto de cada vez haver maior número de indivíduos afásicos, que aparecem na categoria de afasia inclassificável. O estudo cada vez mais pormenorizado das perturbações neuropsicológicas faz com que nos deparemos com termos, como afasia progressiva primária, demência semântica e anartria ou afemia progressiva. Este grupo de manifestações linguísticas anómalas, que aparecem nas doenças degenerativas focais, podem criar uma certa confusão, não só no âmbito clínico-semiológico, como também no diagnóstico, na classificação e na abordagem evolutiva.* Conclusões. *Através do estudo da afasia podemos aprofundar o conhecimento do sustrato anatomofuncional da linguagem, investigar os diferentes sistemas de processamento da informação, estudar casos com disfuncões especiais e avaliar especificamente, caso a caso, os numerosos e complexos componentes da actividade linguística.* [REV NEUROL 2001; 32: 483-8] [<http://www.revneurolog.com/3208/k080483.pdf>]

Palavras chave. Afasia. Classificação. Avaliação. Formas clínicas. Linguagem. Neuropsicologia.