

# LA EXPLORACIÓN DIAGNÓSTICA DEL PACIENTE AFÁSICO ♦

**Dra. N. Graciela Geromini**  
**Doctora en Fonología**  
**A.D.I.N.A Rosario**

## REFERENCIAS METODOLÓGICAS

Las consideraciones que se harán a continuación proceden de los postulados del modelo teórico fisiológico y fisiopatológico. Éste es un modelo funcional que se basa en tres pilares fundamentales (1):

**1- La concepción del aprendizaje fisiológico del lenguaje:** con la cual, se intenta definir a la adquisición del lenguaje que se va dando en el marco de la complejización gradual de la actividad cerebral, de los niveles evolutivos más altos del sistema nervioso, en interacción

con el medio. Por lo tanto, existe una predisposición genética para que se produzca el aprendizaje del lenguaje a expensas de determinadas estructuras funcionales (analizadores del lenguaje en la nomenclatura que utiliza este modelo teórico) siempre que el medio lo posibilite. De este modo, el lenguaje queda ubicado como una función biológica por su naturaleza y social por su génesis.

**2- La existencia de dos códigos del lenguaje:** el fonológico sintáctico relacionado con la elocución (lenguaje externo) y el semántico vinculado con los significados (lenguaje interno). Si bien,

♦ Trabajo publicado en **Fundación Dr. J. R. Villavicencio**. Anuario N° 14: 155-160; 2006  
**DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA**  
**ROSARIO (SANTA FE) - ARGENTINA**  
[www.adinarosario.com](http://www.adinarosario.com)  
[www.adinarosario.com.ar](http://www.adinarosario.com.ar)

entre ambos procesos de codificación lingüística, deben existir procesos de transcodificación que permitan que la información semántica sea convertida, a través de diferentes instancias, en fonológica - sintáctica, se postula que estos códigos conforman una única función que es la del lenguaje.

**3- La hipótesis de la depresión funcional:** La instalación o remisión progresiva de síntomas, tal como se observa en algunos cuadros neurológicos, deja expuesta la desorganización (o reorganización) gradual de la elocución o de la comprensión verbal o de ambas. Esto ha permitido plantear la hipótesis de los grados crecientes o decrecientes de depresión funcional de estructuras funcionales cerebrales relacionadas con el lenguaje.

La hipótesis fisiopatológica permite (2):

a) Identificar los grados de severidad en relación con los niveles de depresión funcional en base a los síntomas que caracterizan a cada nivel.

b) Postular la existencia de un sustrato fisiopatológico común a los síndromes del adulto y los retardos neurolingüísticos en el niño.

c) La elaboración, junto con el diagnóstico clínico, de un diagnóstico fisiopatológico en correspondencia con la fisiopatología subyacente. El primero indica los contenidos del plan terapéutico y el segundo su forma de administración.

### IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DEL LENGUAJE

Como ya se ha considerado en otra publicación (3), el diagnóstico

neuropsicológico es complejo porque aspira a obtener cuatro diagnósticos correlacionados: tres relacionados con las funciones cerebrales superiores (lenguaje, gnosias y praxias) y el restante vinculado con los códigos lectoescrito y matemático.

La exploración completa del paciente adulto es compleja y la recolección de los síntomas debe ser cuidadosa, paciente y minuciosa. De igual modo debe procederse con el procesamiento de todos los datos obtenidos durante el estudio diagnóstico.

En lo relativo a la pérdida del lenguaje, se requiere de un estudio adecuado para definir claramente o lo más claramente posible, la situación en la que se encuentra el paciente.

Instalada la patología cerebral, el diagnóstico del lenguaje debe hacerse en forma rápida y precisa; esto redundará en beneficio del paciente tanto en los aspectos lingüísticos como en los psicológicos. Investigaciones como las de A. Basso, E. Capitani y A. Vignolo (4) y M. Taylor Sarno y E. Levita (5), han demostrado que los tres primeros meses a partir de la instalación de la afasia, son de marcada mejoría para todos los pacientes independientemente del tipo clínico de afasia y que la mayor ganancia lingüística se ubica entre los seis y once meses de iniciado el tratamiento (la referencia se relaciona con los tratamientos iniciados de inmediato). Es decir que debe atenderse al trastorno de lenguaje con urgencia -una vez que el paciente ha superado la etapa de los cuidados intensivos- no sólo para evitar daños irreversibles sino además porque existe una correlación directa entre

el éxito del tratamiento y su rápida iniciación.

### EL DIAGNÓSTICO: UN PROCESO DE CONOCIMIENTO

El término diagnóstico tomado del griego *diagnōstikós* significa 'distintivo, que permite distinguir', es derivado de *diagignōskō*, cuyo significado es 'yo distingo, yo discierno', el cual a su vez procede de *gignōskō*: 'yo conozco' (pariente del latín *cognoscere*). Data de 1843 (6).

Conocer qué tiene el paciente requiere del tránsito por un camino definido puesto que es un problema de conocimiento que debe resolverse para arribar al diagnóstico, esto es poder expresar brevemente los aspectos de mayor significación y relevancia de la resolución del problema planteado.

El proceso cognitivo parte de los hechos concretos y evidentes -que están constituidos por los síntomas- para terminar en la comprobación de datos subyacentes a esos datos concretos, los cuales sólo se harán ostensibles mediante este proceso. Además de los datos subyacentes, deberán tenerse presente las "leyes" que proporcionan el asiento a la expresión manifiesta de los hechos clínicos, las que, por su carácter dinámico, suscitan los síntomas y correlacionan entre sí a los datos subyacentes a los mismos (fisiopatología). Es precisamente la metodología del diagnóstico la que permitirá establecer la naturaleza de las leyes subyacentes a los trastornos del lenguaje y el alcance que deberá darse al diagnóstico.

Se insistirá en que el registro de los síntomas debe ser completa y metódica porque ellos adquieren gran relevancia por ser la expresión concreta de los procesos fisiopatológicos subyacentes. Sólo si la investigación del paciente es enfocada como un proceso de conocimiento, será posible pasar de los síntomas a las relaciones dinámicas que los ligan, es decir, pasar a estudiar los procesos fisiopatológicos subyacentes. Debe aclararse además, que estos procesos relacionan determinados datos no manifiestos concretamente que actúan en cada caso en particular y que también pueden ser conocidos, como por ejemplo, los relativos a la gravitación de los factores emocionales sobre la enfermedad (7).

En otra publicación (8) se ha hecho referencia a la importancia de la anamnesis, sólo se agregará ahora que es necesario (7) que sea regida por ciertas premisas para poder recoger la evolución previa a la instalación de los síntomas, es por esto que no debe quedar circunscripta sólo a los aspectos referidos al lenguaje, por el contrario, no debe descartarse ningún dato que haga a la reconstrucción de la historia individual del paciente y de su enfermedad. El objetivo principal siempre debe ser el de efectuar, junto con el diagnóstico clínico, el diagnóstico fisiopatológico porque éste permite ubicar los trastornos de la neurodinámica cortical que han posibilitado la aparición de la alteración lingüística y porque a ellos debe ir dirigida la acción terapéutica.

Sin embargo, la utilización de un método para la investigación diagnóstica no es suficiente, se requiere además de un corpus de conocimientos teóricos

adecuados que permita reconocer los síntomas, sus relaciones con otros hechos causales y las "leyes" particulares que los regulan. La riqueza de la investigación se relaciona directamente con el conocimiento semiológico (abstracto) del examinador y con la extensión del examen. En efecto, a mayor conocimiento del examinador menor es el tiempo requerido para resolver el problema planteado por el diagnóstico. Los datos obtenidos mediante la anamnesis deben arribar a la formulación de una hipótesis, la cual permite orientar el examen diagnóstico siempre mediante un proceso dialéctico que busque no sólo la verificación de esa hipótesis sino además, su refutación.

En consecuencia, debe hacerse la diferenciación entre los dos enfoques: el semiológico y fisiopatológico y el clínico, estableciendo que el primero es un proceso de abstracción que posibilita la identificación de procesos relacionados con los síntomas mientras que el segundo, constituye un enfoque concreto y actual del paciente.

A modo de síntesis, puede decirse que para arribar a un diagnóstico correcto se requiere de una metodología que delimite con exactitud las instancias a seguir, para transitar el proceso del diagnóstico como una evolución hacia el conocimiento, de una técnica de investigación que debe tener objetivos claros y que debe ser precisa en cuanto a las etapas que es necesario cumplir para lograrlos y de un marco teórico que permita la interpretación de los hechos observados y de los datos obtenidos a lo largo de la exploración semiológica. De este modo, es

posible contar con respuestas para los dos interrogantes básicos que implica el diagnóstico, éstos son: ¿Qué tiene el paciente? y ¿Por qué lo tiene? (9). Las dos respuestas están relacionadas con la formulación de los diagnósticos clínico y fisiopatológico, sin los cuales no es posible encauzar los esfuerzos terapéuticos:

*"(...) Sólo cuando el diagnóstico ha logrado acabamiento y precisión puede alcanzar pleno rigor técnico la operación sanadora. Puesto que la técnica es en esencia, un saber hacer sabiendo porqué se hace aquello que se hace, el diagnóstico es condición inexcusable del tratamiento "según arte". Qui bene diagnoscit, bene curat (...)" (10).*

#### DELIMITACIÓN DE LAS ÁREAS LINGÜÍSTICAS A INVESTIGAR

Tradicionalmente, siempre se ha explorado la comprensión y la expresión del lenguaje, las cuales son dos códigos de una única función en la actividad normal que encuentran su expresión en la patología neurolingüística a través del síndrome afásico y del síndrome anártrico<sup>1</sup>. Las corrientes basadas en la teoría de la información también contemplan una etapa de salida o codificación y una de llegada o decodificación considerándolas como la manifestación de la elocución y de la comprensión verbal. La existencia de zonas funcionales diferenciadas representadas por los analizadores del lenguaje, uno de ellos el analizador cinestésico motor verbal, encargado de los

---

<sup>1</sup> Afasia de Wernicke (o Comprensiva o Sensorial o Fluente) Afasia Motora (o de Expresión o No Fluente) de otras nomenclaturas, respectivamente.

aspectos funcionales de la elocución y el otro, el analizador verbal del cual depende funcionalmente la comprensión verbal, está reafirmando (11); (12) que es necesario considerar separadamente, en la exploración semiológica del lenguaje, a la elocución y a la comprensión verbal.

Sin embargo, las pruebas que se utilizan no ponen de manifiesto en forma independiente uno u otro aspecto sino que a través de ellas se registran simultáneamente fenómenos que corresponden a ambos códigos, por lo tanto, los registros deben ser cuidadosamente valorados y seleccionados por el examinador.

Según sea el período que cursa la enfermedad, se imponen diferencias en la selección y administración de las pruebas aún así puede decirse que en términos generales las áreas lingüísticas a explorar son:

- 1-Lenguaje espontáneo
- 2- Lenguaje comprensivo
- 3- Proceso de denominación
- 4- Lenguaje facilitado

En cuanto a los procesos lingüísticos, también la exploración es constante independientemente del período que cursa la enfermedad, ellos son:

## **A- Área de la elocución**

### **1. Codificación fonológica**

- 1.1. Selección fonética y fonémica
- 1.2. Combinación fonémica
- 1.3. Ritmo y prosodia

### **2- Codificación morfosintáctica**

Situación de la organización sintáctica y morfológica del discurso

## **B- Área de la comprensión verbal**

### **1-Descodificación semántica**

Ejecución de órdenes. Valoración de la comprensión verbal en sus aspectos concretos, directos, indirectos y en los más abstractos y generalizados.

### **2-Codificación semántica**

Proceso de denominación. Estado de la organización semántica, sintáctica y gramatical del paciente.

## **C- Modalidades de los códigos lectoescrito, matemático y del cálculo a explorar**

El estudio de estos códigos queda justificado porque se organizan a partir de la adquisición del lenguaje (13); (14). Sin embargo, aunque el lenguaje es el principal punto de partida no debe perderse de vista que en la construcción de ellos participan gnosias y praxias complejas.

En el aprendizaje de la lectura, de la escritura y del cálculo, el lenguaje participa con uno o con ambos códigos lingüísticos según sea el caso, pero a ellos se suma tanto para la lectura como para la escritura la inclusión de gnosias visuoespaciales relacionadas con el reconocimiento de los grafemas y, para el caso de la escritura, se agregan las praxias constructivas. En lo relativo al cálculo, su aprendizaje dependerá no sólo de la capacidad de abstracción sino además de

las gnosias visuoespaciales y de las praxias constructivas, recuérdese que el cálculo mental difiere del gráfico porque este último requiere del manejo adecuado del espacio gráfico mientras que el mental sólo depende del lenguaje interno (14); (15).

De acuerdo con estas consideraciones teóricas, queda justificada la discrepancia con la denominación de "lenguaje escrito" y también la posibilidad de omitir estas pruebas (13); (14) cuando se trata sólo de explorar el lenguaje. Incorporarlas en el estudio diagnóstico significa recoger datos adicionales que enriquecen el conocimiento del síndrome neurolingüístico pero que no aportan indicadores patológicos ajenos al lenguaje o sólo relacionados con él. En todo caso, adquieren valor en lo relativo al estudio de la presencia de síntomas en el proceso de transcodificación verbo-gráfico (15) y al establecimiento de correlaciones con el cuadro de lenguaje y / o con la presencia de agnosias visuoespaciales y / o apraxias constructivas.

En lo relativo al código lecto escrito, al matemático y al cálculo se investigan:

- 1- Lectura automática y comprensiva
- 2- Escritura automática y comprensiva
- 3- Cálculo mental y gráfico
4. Nociones matemáticas.

Interpretación y resolución de relaciones lógicas explícitas e implícitas

### SELECCIÓN DE LAS PRUEBAS

Las pruebas deben respetar tanto el nivel lingüístico premórbido como el periodo que cursa la enfermedad.

### EL PROTOCOLO UNIFORME

El tiempo requerido para la realización del examen del lenguaje, la inconstancia de las respuestas del paciente, la hipótesis relativa a los peligros de índole traumático que puede entrañar la situación de examen, han sido los argumentos de quienes se oponen a la administración metódica de pruebas en estos pacientes (16). No obstante, desde diferentes modelos teóricos (17); (18); (19); (20); (21); (22) se ha sostenido la necesidad de la investigación metódica de las diferentes dimensiones de la conducta lingüística, a las cuales van dirigidas las pruebas con el fin de identificar la situación patológica.

Respecto de su complejidad, las pruebas deben administrarse desde las más simples a las más complejas, tal como ya lo señalara P. Marie en 1906 quien advirtió que la complejidad creciente de las pruebas permite que los grados leves de severidad no pasen inadvertidos. En relación con los resultados de las pruebas deberá tenerse en cuenta además, que las alteraciones neurolingüísticas pueden inducir a errores que se presentan entrecruzados con los que dependen del nivel intelectual y de instrucción del paciente (16).

La utilización de un mismo protocolo de examen brinda los beneficios (16); (17) que se mencionan más adelante. Diferentes baterías de tests de amplia difusión en la Afasiología, se dirigen a lograr la uniformidad de los estudios diagnósticos desde sus concernientes marcos teóricos. Sólo a modo de ejemplos, se mencionarán los Tests: Minnesota (16); Boston (19); Western (20); Test de

Modalidades de lenguaje para la afasia de J.Wepman; Índice Porch de Aptitud Comunicativa; Perfil de Comunicación Funcional de M.T.Sarno; Test de Habilidades Comunicativas en la Vida Diaria de A.Holland (18); Batería de A.R.Luria (21) y Test Barcelona (22).

Desde el modelo teórico fisiológico y fisiopatológico también ha sido puntualizada la necesidad de contar con un protocolo uniforme de investigación (23). La uniformidad de las pruebas que se administran no sólo beneficia al paciente sino que permiten profundizar la investigación desde distintos ángulos de la patología neurológica del lenguaje y de las patologías asociadas. En este sentido, la distribución ordenada de los aspectos que se desean investigar impedirá la exclusión de alguno de ellos y permitirá efectuar un control de las distintas variables que pueden presentarse en cada caso en particular.

Para el caso del paciente, el aplicar el mismo protocolo en el estudio diagnóstico y en las reevaluaciones sucesivas posibilita el seguimiento preciso, fijar con seguridad el tipo de evolución y adecuar, en cada etapa de tratamiento, los contenidos terapéuticos y la instrumentación de los mismos. Permite, además confrontar los resultados obtenidos en grupos de pacientes.

El protocolo referido, se aplica dentro del modelo teórico fisiológico y fisiopatológico desde 1959. Abundantes comunicaciones que se iniciaron en 1971 en el Congreso Argentino de Neurología (Buenos Aires) han reportado hasta el presente, diferentes investigaciones

basadas en este protocolo que han aportado permanentemente al enriquecimiento del modelo teórico que lo sustenta.

### **INTERVENCIÓN DIAGNÓSTICA SEGÚN ETAPAS CLÍNICAS EN EL CASO DE LOS ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES (AVC)**

En una publicación anterior (24) se hizo mención a las modalidades de intervención, en este momento sólo se agregarán las siguientes referencias complementarias:

#### **1- Período agudo**

En el período agudo el paciente se encuentra aún internado; este período puede extenderse durante unas horas o días según la severidad de la lesión neurológica (25).

La extrema labilidad que caracteriza a los procesos básicos y a la neurodinámica cortical en esta etapa, determina la necesidad ineludible de efectuar el seguimiento diario, en distintos momentos de cada día y en el mismo día, para registrar las modificaciones del cuadro clínico en lapsos breves. Esto permite evaluar el tiempo que demoran en establecerse las modificaciones positivas (mejoría) hecho fundamental en lo relativo a la severidad del cuadro afásico. Esta modalidad de seguimiento también indica cual es el momento oportuno para intervenir.

#### **2- Período subagudo**

En este período cuya extensión puede abarcar algunos días o semanas y en el cual el paciente puede estar internado o no, la evaluación es breve y debe dirigirse a obtener una pequeña muestra del lenguaje y de los códigos lectoescrito y matemático para establecer tanto el grado de desorganización como el tipo de correlación entre ellos. Los objetivos se dirigen a la readaptación y a la profundización diagnóstica (25).

Para la exploración semiológica, se administran las pruebas contenidas en los protocolos denominados A, B, C y D, elaborados por B. Derman y colaboradoras en 1982, los cuales se encuentran publicados (23). Estos protocolos provienen del fraccionamiento e intercalación de los códigos a investigar de manera uniforme para la exploración semiológica del paciente afásico que fuera elaborado por J.E. Azcoaga en 1959.

Los beneficios del fraccionamiento en distintos protocolos, han sido señalados desde la práctica del diagnóstico precisamente para el período que se está considerando (25) por tres motivos:

a) Permite, en poco tiempo, la identificación clínica y fisiopatológica de los trastornos del paciente

b) Evita el aprendizaje de los aspectos investigados cuando deben repetirse las pruebas en un período de pocos meses para evaluar la evolución

c) Tanto por la brevedad como por la intercalación de las pruebas, tiende al control de la fatigabilidad.

### 3- Período de estado

En este período, que se extiende entre seis y ocho semanas desde la instalación del AVC, la exploración es francamente analítica y formal pues existe una estabilización de los síntomas –que puede acompañarse de la remisión de algunos de ellos- y del cuadro clínico neurológico. En lo terapéutico es un período de aplicación de planes compactos y pormenorizados (25).

#### PROTOCOLOS UNIFORMES REQUERIDOS

La exploración puede requerir de uno o de varios protocolos uniformes. De modo arbitrario y sólo con fines didácticos, se denominará “Protocolo básico” al correspondiente a la Exploración Semiológica del Paciente Afásico, elaborado por J.E. Azcoaga en 1959, el cual se encuentra publicado (23), y “Protocolos Complementarios” a los que incluyen pruebas complementarias de elocución, de comprensión, de comprensión de los aspectos más generalizados y abstractos del lenguaje, al Test de las Fichas de E. De Renzi y L.A. Vignolo (26) y a las pruebas de memoria inmediata y mediata.

#### PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS

Se emplean procedimientos cuantitativos los cuales permiten determinar lo más exactamente posible cuál es el proceso lingüístico más afectado a través de la individualización,



clasificación y posterior distribución de los síntomas.

A estos procedimientos se suman los cualitativos, a través de los cuales pueden compararse las pruebas entre sí.

Finalmente, se añaden los procedimientos métricos, de gran utilidad en la clínica afasiológica puesto que permiten mensurar, en determinados síntomas, el grado de alejamiento entre la producción del paciente y el modelo normal. Las distancias que pueden establecerse de este modo, las cuales se basan en el baremo o en escalas elaboradas para tal fin, brindan datos complementarios acerca de la severidad y del diagnóstico clínico.

### REFLEXIÓN FINAL

La información obtenida durante la recolección de los datos necesita ser organizada, sistematizada y sintetizada de

manera apropiada. En esta estructuración de los componentes de la valoración, el profesional que efectúa el diagnóstico, examina toda la información efectuando un balance e interrelación de los datos que permite arribar, sutilmente, a una comprensión de la conducta global del paciente. La formulación de la hipótesis diagnóstica es, por lo tanto, un juicio clínico complejo aplicado a la información que se ha recogido. Es una evaluación del tipo, frecuencia y modelo de conductas lingüísticas del paciente y una exploración de la interrelación de varias conductas.

Durante este proceso, deben tomarse dos decisiones relevantes: una involucra la determinación de la adaptabilidad del paciente para la terapia y, la otra, brinda una síntesis de los resultados del diagnóstico que indica las prioridades y los planes específicos para el programa de intervención (27).

### Referencias Bibliográficas

- (1) GEROMINI, N.G. Alteraciones neurolingüísticas: Modelo Teórico Fisiológico y Fisiopatológico. **Fonoaudiológica**. 2000; 46, 2: 30 - 40.
- (2) AZCOAGA, J.E. La fisiopatología del lenguaje. **Fonoaudiológica**. 1978; 24,3: 100 - 106.
- (3) GEROMINI, N.G. La recuperación del paciente afásico ¿utopía o realidad? **Revista de la Fundación Dr. J.Roberto Villavicencio**. 1995; 3: 31-36.
- (4) BASSO, A.; CAPITAN, E.; VIGNOLO, A. Influence of Rehabilitation on Language Skills in Aphasic Patients. **Arch. Neurol**. 1979; 36: 190 -196.

- (5) TAYLOR SARNO, M. ET LEVITA, E. Recovery in Treated Aphasia in the First Year Post-Stroke. **Stroke**. 1979; 10: 663-670.
- (6) COROMINAS, J. **Breve diccionario etimológico de la lengua** castellana. Madrid: Gredós, 1963; Página 207
- (7) AZCOAGA, J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología)**. 3era.ed. Buenos Aires: Ed. El Ateneo, 1985; 73-75
- (8) GEROMINI, N.G. Valor de la anamnesis en la formulación de las hipótesis diagnósticas y del pronóstico del paciente afásico. **Revista de la Fundación J.Roberto Villavicencio**. 2004;12 : 104-108.
- (9) GEROMINI, N.G. La recuperación del paciente afásico ¿utopía o realidad? **Revista de la Fundación Dr. J.Roberto Villavicencio**. 1995; 3: 31-36.
- (10) LAÍN ENTRALGO, P. **La relación médico - enfermo. Historia y Teoría**. Madrid: Revista de Occidente. 1964. Página 409.
- (11) AZCOAGA, J.E. **Trastornos del lenguaje**. 2da. ed. Buenos Aires: El Ateneo. 1977; 94-97
- (11) AZCOAGA, J.E. **Trastornos del lenguaje**. 2da. ed. Buenos Aires: El Ateneo. 1977; 121-125
- (12) AZCOAGA, J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología)**. 3era.ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1985. Página 65.
- (13) AZCOAGA, J.E. **Trastornos del lenguaje**. 2da. ed. Buenos Aires: El Ateneo. 1977; 52-53.
- (14) AZCOAGA, J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología)**. 3era.ed. Buenos Aires: El Ateneo. 1985; Página 87.
- (15) AZCOAGA, J.E. Procesos que operan en la transcodificación verbo gráfica. En: A. Ardila, F. Ostrosky Solís (compiladores) **Lenguaje oral y escrito**. México: Trillas. 1988; 215-217.
- (16) JENKIS, J.J. ET AL. **Afasia en adultos según Schuell. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento**. (Trad. I. Lorenzo). Buenos Aires: Panamericana. 1976; Página 145.
- (16) JENKIS, J.J. ET AL. **Afasia en adultos según Schuell. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento**. (Trad. I. Lorenzo). Buenos Aires: Panamericana. 1976; Página 154.
- (16) JENKIS, J.J. ET AL. **Afasia en adultos según Schuell. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento**. (Trad. I. Lorenzo). Buenos Aires: Panamericana. 1976; 148-149.
- (17) BRAIN, L. **Alteraciones del lenguaje. Afasia, apraxia y agnosia**. 2da.ed. Buenos Aires: Panamericana. 1980; 139-142.
- (18) CHAPEY, R. The Assessment of Language Disorders in Adults. In Chapey, R et al. **Language Intervention Strategies in Adult Aphasia**. Baltimore: Williams & Wilkins. 1981. Part I, Chapter 3; 55-57.
- (18) CHAPEY, R. The Assessment of Language Disorders in Adults. In Chapey, R et al. **Language Intervention Strategies in Adult Aphasia**. Baltimore: Williams & Wilkins. 1981. Part I, Chapter 3; 59-64.
- (19) GOODGLASS, H. ET KAPLAN, E. **Evaluación de la afasia y trastornos**

**similares** (Trad.S.Cuschnir de Fairman). Buenos Aires: Panamerica. 1974;45-77.

(20) KERTESZ, A. **Western Aphasia Battery. Test Booklet.** Department of Clinical Neurological Sciences. University of Western Ontario. London, Ontario: Grune & Stratton Inc. 1982; 1-18

(21) LURIA, A.R. **Cerebro y Lenguaje.** (Trad. L.Flaquer). Barcelona: Fontanella. 1974; 291-414

(22) PEÑA - CASANOVA, J., DIEGUEZ-VIDE, F., PÉREZ PAMIES, M. Exploración de base del lenguaje para una orientación terapéutica. En: Peña Casanova, J. et Pérez Pamies, M. **Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados.** Barcelona: Masson. 1993. Parte I. Cap. 2; 29-62.

(23) AZCOAGA, J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología).** 3era.ed. Buenos Aires: El Ateneo. 1985; 76-77

(23) AZCOAGA, J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología).** 3era.ed. Buenos Aires: El. Ateneo. 1985; 123-125.

(23) AZCOAGA, J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología).** 3era.ed. Buenos Aires: El Ateneo. 1985; 116-122

(24) GEROMINI, N.G. La recuperación del paciente afásico ¿utopía o realidad? **Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio.** 1995; 3: 31-36.

(25) AZCOAGA, J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología).** 3era.ed. Buenos Aires: El Ateneo. 1985; 214-216

(26) De Renzi, E. And Vignolo, L. A The Token Test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. **Brain** 1962; 85: 665-678.

(27) CHAPEY, R. The Assessment of Language Disorders in Adults. In Chapey, R et al. **Language Intervention Strategies in Adult Aphasia.** Baltimore: Williams & Wilkins. 1981. Part I, Chapter 3; 35-36.