

---

# EL PAPEL DE LA NEUROLINGÜÍSTICA EN LA PÉRDIDA DE LA IDENTIDAD.

---



## Índice.

<b>Resumen/Abstract.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Comunicación, lenguaje e identidad.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Interdisciplinariedad en la Neurolingüística.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Afasias.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Trastornos motores.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1. Enfermedad de Párkinson.....</b>	<b>8</b>
<b>4.2. Enfermedad de Huntington.....</b>	<b>12</b>
<b>5. Conclusiones.....</b>	<b>16</b>
<b>6. Bibliografía.....</b>	<b>17</b>

## Resumen.

Este trabajo de investigación abordará la importancia de la comunicación en la identidad de los individuos dentro de una sociedad a través del análisis de tres enfermedades (la afasia, la enfermedad de Párkinson y la enfermedad de Huntington) que causan patologías en el lenguaje en una época concreta de la vida del individuo, ya sean causadas por un accidente o por motivos genéticos.

**Palabras clave:** Comunicación, Identidad, Afasia, Enfermedad de Párkinson, Enfermedad de Huntington, Patología del lenguaje.

## Abstract.

This research work presents the importance of communication in individuals identity in a society through the analysis of three diseases (aphasia, Parkinson's disease and Huntington's disease) which produce language's pathologies in a concrete period in the individual's life, caused either by an accident or genetic reasons.

**Key words:** Communication, Identity, Aphasia, Parkinson's disease, Huntington's disease, language's pathology.

## 1. Comunicación, lenguaje e identidad.

En este trabajo abordaré la relación que se establece entre la pérdida del lenguaje a través de distintas patologías que dificultan e incluso imposibilitan la comunicación.

En primer lugar cabe destacar la importancia que tiene la comunicación para el ser humano. Como ser social, la comunicación es lo que permite al individuo poseer una vida humana, puesto que sin ella el individuo puede llegar a verse privado de la facultad de tener una identidad en la sociedad. Pues bien, a lo largo del día nos vemos rodeados de múltiples actos de comunicación creados por la humanidad. Muchos de estos actos son no verbales y estarían constituidos por sonidos, imágenes u olores que nos transmiten una información. Serían los casos en los que un semáforo indique a un vehículo que debe pasar o detenerse o que el claxon de un coche suene para informar al peatón de que no debe cruzar. Frente a esto, encontramos los actos de comunicación que se realizan a través del lenguaje verbal y que posibilitan principalmente la vida social.

Generalmente podríamos definir la comunicación como un proceso consistente en que un emisor emite un mensaje a un receptor mediante un canal gracias a la existencia de un código en común. Este proceso tiene dos etapas muy relevantes para el objetivo de este trabajo relacionadas con el código, que son la codificación y la descodificación. La primera trata del proceso mental en que el emisor selecciona elementos del código y los combina formando un mensaje capaz de expresar lo que necesita, mientras que la segunda trata del proceso contrario, es decir, la importancia ahora radica en el receptor que es el encargado de recibir e interpretar la combinatoria del mensaje. Esto, a su vez, se lleva a cabo mediante la capacidad innata del ser humano para comunicarse, el lenguaje. A través de ella, el individuo es capaz de transmitir o recibir información de manera oral o escrita. Con ella cada individuo desarrolla su propio idiolecto, que se podría definir como el conjunto de rasgos propios en la forma de expresarse de un individuo (DRAE, 2001) lo que hace adquirir a cada uno una identidad dentro de una colectividad.

Teniendo en cuenta esto, ¿qué ocurre con aquellos individuos que padecen algún tipo de patología del lenguaje? ¿Poseen la misma identidad dentro de la sociedad aquellos que desarrollan sus habilidades comunicativas de manera normal que aquellos que se ven imposibilitados siquiera a exteriorizar sus necesidades? Y sobre todo, ¿Cuándo se puede afirmar que alguien es lingüísticamente incapaz o minusválido en esta área? Para responder a estas preguntas es necesario incidir en primer lugar en los conceptos de patología y de las distintas disciplinas que la han abordado en los últimos años.

El término *patología* proviene de dos palabras del griego clásico, πάθος ‘todo lo que uno experimenta o siente’ y λόγος ‘estudio’, por ello la primera definición que proporciona el DRAE en 1780 hace referencia al estado del ánimo siendo la siguiente:

*una parte de la medicina, que enseña a conocer las enfermedades, así corporales como del ánimo, su naturaleza, causas y síntomas.*

Sin embargo, hoy en día se ha dejado atrás esa referencia a su origen heleno y se le ha dado dos definiciones expuestas por el DRAE (2001), que son:

- 1.** *Parte de la medicina que estudia las enfermedades.*
- 2.** *Conjunto de síntomas de una enfermedad.*

Partiendo del concepto de *patología*, derivamos al mismo aplicado al lenguaje y se entendería algo así como el estudio de la carencia de capacidad en uno o más sistemas de comunicación de un individuo. Estos sistemas de comunicación pueden ser principalmente orales, dividiéndose a su vez en producción y comprensión oral, y escritos, dentro del cual encontraríamos la lectura o comprensión escrita y la escritura o producción escrita. Según Crystal (1993), de estos cuatro tipos los más importantes son los dos primeros, asumiendo que el individuo crece en un entorno normal<sup>1</sup>. Puesto que las capacidades pertenecientes al habla se desarrollan de forma natural, mientras que las destrezas escritas deben ser enseñadas y perfeccionadas durante años. Pero, ¿qué ocurre cuando un individuo padece sordera o mudéz? ¿Pierde la capacidad de comunicarse? La respuesta es claramente no. Estos individuos pueden recurrir a otros sistemas a través de sus otros sentidos, ya sean visuales como los mencionados anteriormente, táctiles como el apretón de manos o el braille, olfativos que se centran especialmente en interpretaciones del medio que nos rodea, o gustativos que son los menos relevantes, ya que se centra en la obtención de información del mundo externo. El estudio de la comunicación, que está constituida por los citados elementos, se denomina Semiótica (Crystal: 1993).

El objetivo de este trabajo va más allá de los problemas que puedan causar la pérdida de los sentidos de un individuo en la comunicación esperada por el resto. Se trata de llegar a una descripción de los trastornos del lenguaje que se aprecian en ciertas enfermedades como las afasias, la enfermedad de Párkinson, la enfermedad de Huntington y el alzhéimer. Los problemas lingüísticos que estas enfermedades poseen son causados por

---

<sup>1</sup> Destacable es el concepto de <<niños-lobo>> que consiste en la existencia de niños que han vivido en un ambiente salvaje. Aunque no necesariamente debemos recurrir a entornos salvajes, ya que este concepto nos lleva a pensar automáticamente en el famoso caso de Genie. Esta niña de trece años fue privada de todo tipo de interacciones sociales hasta que fue encontrada. Sin embargo, el aislamiento provocó que a su edad fuera incapaz de hablar y padeciera un retraso severo.

diversos motivos, pero lo que tienen en común es que son originados en el cerebro. Al hablar de trastornos del lenguaje, la tradición hace que automáticamente pensemos en tres: en primer lugar en la disartria, que consiste en un trastorno específico de la articulación del lenguaje en el que la gramática, la comprensión y la selección de palabras no han sido afectadas; en segundo lugar, en la disprosodia, consistente en la alteración en las inflexiones y ritmo del habla; y en tercer lugar en las afasias, de las que ya hablaremos posteriormente. Sin embargo, en el presente proyecto vamos a dar cabida a otros poco investigados en el ámbito de la Lingüística clínica, como son las enfermedades de Parkinson, Huntington y Alzheimer.

Para llevar a cabo este estudio, he trabajado durante el pasado curso 2013/2014 como colaborador en el Gabinete de Lingüística clínica del Instituto de Investigación de Lingüística Aplicada (ILA) bajo la tutorización de la Dra. María Jesús Paredes Duarte, en labores como la recogida de un corpus lingüístico de cuarenta pacientes en las consultas de Trastornos motores y Logopedia del Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz. El corpus de pacientes abarca más allá de las enfermedades tratadas en este proyecto, puesto que en la consulta de Trastornos motores encontramos pacientes con epilepsias, otros parkinsonismos, temblores esenciales, discinesias y apraxias. Lo mismo ocurre con la consulta de Logopedia, ya que no solo encontramos afasias, sino también casos de parálisis facial, disartria y parálisis de cuerda vocal.

## **2. Interdisciplinariedad en la Neurolingüística.**

Los estudios de los trastornos del lenguaje nacieron en la segunda mitad del siglo XIX con los descubrimientos de Paul Broca. Este cirujano y antropólogo francés estudió los cerebros de dos pacientes que presentaban alteraciones en el habla y, con ello, la localización de la zona cerebral encargada de la producción del lenguaje oral. Sin embargo, no se sabe exactamente cuándo comenzó a usarse el término *Neurolingüística*. Se data de los años setenta y ochenta, años en los que era un término muy extendido. Como afirma Caplan (1992), las áreas de estudio de esta disciplina son anteriores al término. En la actualidad, existen dos perspectivas en los estudios neurolingüísticos: una defiende que esta disciplina se encarga del estudio de las afasias y los principales trastornos del lenguaje; y otra defiende que el objetivo de la disciplina debe ser puramente fisiológico, es decir, esta disciplina debe encargarse de la localización cerebral de las principales funciones del lenguaje (Paredes Duarte: 2009). Esta segunda perspectiva viene de su etimología más pura en la que vemos unidas la neurología y la lingüística.

Encontramos una estrecha relación de dicha disciplina con variantes de la Psicología, como son la Neuropsicología y la Psicolingüística, incluso se ha llegado a hablar de una Neuropsicolingüística (Garayzábal: 2006; Diéguez-Vide y Peña-Casanova: 2012). La relación con la Psicolingüística es indiscutible ya que ambas tratan el estudio de la relación del lenguaje y el cerebro en rasgos generales. Sin embargo, esta disciplina se ha concebido como el estudio de los procesos cognitivos que dirigen la producción y comprensión del lenguaje en pacientes sanos, mientras que la Neurolingüística trata las patologías del lenguaje (Dieguez-Vide y Peña-Casanova: 2011). Este objeto de estudio de la Neurolingüística se relaciona con la Neuropsicología, pero esta última posee una clara diferencia ya que no incide en los problemas lingüísticos, sino que se encarga del estudio de la relación entre el cerebro y la conducta.

En el estudio de los trastornos del lenguaje encontramos una serie de disciplinas no lingüísticas como las ya citadas Neurología y Psicología. Estas disciplinas son destacables como disciplinas transversales del ámbito médico. Lo vemos por la íntima relación que guarda el proyecto con la Neurología, dado que hay que tener en cuenta ciertos conocimientos de anatomía cerebral para ubicar las zonas de producción y comprensión del lenguaje. Y también se ve vinculada la Logopedia, debido a la unión de las doctrinas médicas con los conocimientos de los distintos niveles lingüísticos como modo de rehabilitación del paciente.

### 3. Afasia.

El término *afasia* procede del griego clásico ἀφασία ‘imposibilidad de hablar’ y hoy en día se define haciendo referencia a la causa de su origen, es decir, Peña-Casanova, Diéguez-Vide y Pérez Pamies (1995) presentan la siguiente definición:

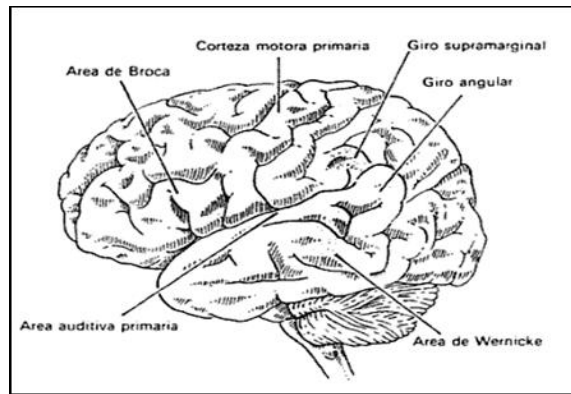
*Una alteración adquirida del lenguaje debida a una lesión cerebral focal.*

Una apreciación que hacen estos autores es que debe hablarse de afasias en plural mejor que en singular, puesto que la definición no cubre todas las posibilidades en que estas se manifiestan, ya sea de forma oral o escrita en sus vertientes de producción y comprensión. Además, argumentan que se ha de tener en cuenta para su rehabilitación su propia realidad compuesta por la familia y su estado de ánimo. Estos dos factores son muy influyentes en la velocidad de mejora de los pacientes; sin ayuda de los familiares o de una buena actitud, la rehabilitación puede prolongarse e incluso no ser eficaz.

Ya hemos hablado de que las afasias se producen mediante el daño cerebral, pero no hemos hablado de qué zonas son las encargadas del procesamiento y de la producción del lenguaje. Pues bien, estas zonas, fueron definidas a principios del siglo XX por Dejerine y situadas en el hemisferio izquierdo, como vemos en la Figura 1. Helm-Estabrooks (2005) nos presenta la siguiente distribución:

*[...] la zona del lenguaje rodea la cisura de Silvio en la superficie lateral del hemisferio, incluyendo regiones de los lóbulos frontal, parietal y temporal. Anteriormente incluye el área de Broca (en la región premotora del lóbulo frontal adyacente a la región del área motora de los músculos del aparato glosofaríngeo). Posteriormente incluye el área de Wernicke (la corteza asociativa auditiva en la zona posterior de la circunvolución temporal superior). El área de Broca y el área de Wernicke están conectadas por fibras subcorticales de sustancia blanca que incluyen el fascículo arqueado y el fascículo longitudinal superior. Estas fibras pasan por las circunvoluciones angular y supramarginal hasta el borde posterior de la cisura de Silvio, donde se unen los lóbulos temporal y parietal. Estas circunvoluciones son áreas asociativas en las que se producen muchas interconexiones de regiones procedentes de todo el cerebro. [...]*

Por ende, las lesiones producidas en diferentes zonas del lenguaje pueden producir diferentes síndromes afásicos. Sin embargo esto no es una regla inamovible. Es bien sabido que el cerebro no se conoce en su totalidad y que se activan muchas zonas cerebrales en cada procedimiento mental. Por ello, encontramos casos en los que las lesiones han sido recibidas en zonas del lenguaje muy concretas y no presentan las mismas afecciones que un paciente general con el mismo daño. Cabe destacar que para el diagnóstico de la afasia se hace uso del famoso Test de Boston, mediante el cual se lleva a cabo un análisis psicolingüístico lo suficientemente concreto como para clarificar el tipo de síndrome afásico presenta el paciente.



**Figura 1.**

Frente a la afasia adquirida mediante daño cerebral, existe otra que se da en la infancia del individuo que aunque no va a ser abordada en el presente trabajo, cabe destacarla. Es la llamada *afasia congénita*. Esta segunda afasia trata de una gran dificultad en la adquisición del lenguaje de un niño con capacidades cognitivas normales e integridad en los aparatos sensoriales y motores (Rondal y Seron: 1991). Lo que caracteriza a este tipo de individuos es su gran dificultad en la adquisición del lenguaje oral presente en un periodo menor a los treinta meses de vida. Las capacidades del niño para la comprensión, expresión y la asimilación de información oída son deficitarias. Los niños presentan diferentes afecciones en el lenguaje, llamando disfasias a los problemas de menor gravedad y trastornos de palabras a los más leves.

#### **a. Tipología.**

El establecimiento de una tipología de afasias no resulta ser tarea fácil. Se han propuesto varias clasificaciones con distintas nomenclaturas, y es que, al igual que ocurre en la Lingüística en general, una de las mayores dificultades es la delimitación y la clasificación por parte de los estudiosos, ya que en muchas ocasiones las controversias vienen dadas por los diferentes puntos de vista desde los que se parte. En la mayoría de los casos encontramos siete tipos (Rondal y Seron: 1995), pero también podemos encontrar ocho junto a cuatro tipos más llamados *afasias especiales* (Peña-Casanova y Pérez Pamies: 1995). Sin embargo, la clasificación que a continuación voy a presentar es la más actual establecida por Faustino Diéguez-Vide y Jordi Peña-Casanova (2012) junto a una breve descripción de las características lingüísticas de cada tipo:

##### **i. Afasia de Broca.**

Estos pacientes en el nivel de la expresión presentan un lenguaje no fluente, incapacidad incoativa en la elaboración de frases, mutismo y estereotipia. La comprensión suele ser buena a excepción de un déficit en forma de agramatismo receptivo. Las capacidades de repetición y de denominación se ven alteradas debido a la incapacidad de producción.

##### **ii. Afasia de Wernicke.**

Los pacientes afectados en esta área en el nivel de la expresión presentan un lenguaje fluente y una articulación normal, ya que se trata de daño recibido en el área cerebral de comprensión del lenguaje y, por lo tanto, es la capacidad más afectada. Por ello, sí presentan múltiples parafasias tanto neológicas como

fonológicas y semánticas y su discurso carece de sentido. La repetición y la denominación también se ven alteradas dando lugar a parafasias fonológicas.

**iii. Afasia de conducción.**

En esta afasia, los pacientes presentan un lenguaje fluente, aunque con abundancia de parafasias fonémicas, y una buena comprensión, ya que la zona afectada no es directamente ni la de producción ni la de comprensión. Sin embargo, se encuentran incapacitados para la repetición y la denominación.

**iv. Afasia global.**

En esta afasia, los pacientes presentan problemas en todos los apartados debido a la amplia zona cerebral en la que ha recibido el daño. Los pacientes no presentan fluencia en el lenguaje, su expresión es muy reducida llegando al mutismo aunque es posible que preserven el lenguaje automático, la comprensión se ve muy afectada y la repetición y denominación alteradas.

**v. Afasia motora transcortical.**

Los pacientes afásicos motores transcorticales mantienen las capacidades de comprensión y repetición, pero presentan un lenguaje no fluente con dificultad en la incoatividad al producir una frase, sin realizar narraciones de hechos y posible ecolalia. Sin embargo, la denominación por lo general se ve alterada aunque hay casos en los que se ve preservada.

**vi. Afasia sensorial transcortical.**

En este caso, encontramos una expresión fluente, pero con posibilidad de ecolalia. La comprensión y la denominación se ven afectadas, mientras que la repetición es la capacidad preservada.

**vii. Afasia transcortical mixta.**

Esta afasia posee la suma de las lesiones de las dos anteriores, afasia motora transcortical y afasia sensorial transcortical. Por ende, los pacientes presentan un lenguaje no fluente con una expresión limitada a repeticiones automáticas, es decir, ecolalia, la comprensión se ve muy afectada y la denominación alterada, mientras que la repetición se encuentra preservada.

**viii. Afasia anómica.**

Esta afasia se concibe como la forma residual de todas las afasias, es decir, en ciertos casos un paciente recibe daño cerebral y contrae una afasia concreta, pero mediante la rehabilitación suele mejorar a otra afasia menos grave como la anómica. Estos pacientes presentan un lenguaje fluente y una buena elaboración de estructuras gramaticales en la expresión, pero presentan déficit en la evocación de palabras. Por ello, la denominación se ve alterada en contraposición a la comprensión, que es buena, y la repetición que es preservada.

**b. Caso clínico.**

*La paciente se llama Dolores e ingresó el 16 de enero de 2014 por un ACV (Accidente cerebrovascular) extenso frontal izquierdo. Al principio presentó una afasia global que ha ido desarrollándose a una afasia de broca con una leve afectación en la comprensión.*



*Al entrar en la consulta se la ve de buen ánimo lo que favorece la rehabilitación de los pacientes afásicos. Su lenguaje es no fluente y se percibe fácilmente en su presentación ya que presenta anacolutos para decir su nombre: Loli. También intenta pronunciar mi nombre, Víctor, ya que es uno de los pocos que ha aprendido a pronunciar, pero no logra pronunciarlo entero, sino a veces el principio y otras el final.*

*Trae consigo un cuaderno donde tiene una lista de sonidos y palabras que ha aprendido a pronunciar y escribir, aunque las olvida fácilmente y tiene que esforzarse por pronunciarlas de nuevo. De hecho, en su habla espontánea solo es capaz de pronunciar sílabas como [ta] o [te]. Cuando empezó la rehabilitación, lo único que pronunciaba era [t]. Es capaz de nombrar una serie de imágenes cuyas palabras sean bisílabas y esta se repita, como es el caso de “pipí” o “bebé”. Los sonidos consonánticos que más problemas le presentan son [y] y <ñ> y también ensordece las velares como [χ] y [g] en [k]. Pese a que no tiene problemas cognitivos, se tiene que esforzar en recuperar sonidos que ha pronunciado recientemente incluso el sonido [t] que lo pronuncia automáticamente de forma espontánea, mientras que de forma voluntaria llega a presentar parafasias fonéticas de [t] por [s].*

## **4. Trastornos motores**

La adición de los trastornos motores en los estudios de la Neurolingüística y la Lingüística clínica es un hecho muy novedoso. Ya podemos ver en la obra de Diéguez-Vide y Peña-Casanova, *Cerebro y lenguaje. Sintomatología neurolingüística*. (2012), apartados donde se destacan los problemas en el lenguaje que se pueden ver en este tipo de enfermedades, no solo en las afasias. Estos estudios actuales dan lugar a una apertura del objeto de estudio de estas disciplinas puesto que desde el siglo XIX se han limitado al estudio afasiológico. Con ello, se abre todo un abanico de posibilidades para los que se dedican a la Lingüística clínica, abanico que parece cerrarse cada vez más respecto a las afasias. Este cierre se debe a que es la patología pionera en estos estudios y ha sido abordada por un inmenso número de estudiosos. De hecho, todavía hoy en día muchos doctos en el ámbito de las ciencias de la salud rehúsan dejar un sitio a los lingüistas, ya que por su carácter interdisciplinar consideran que este tipo de patologías deben abordarse desde la medicina. Sin embargo, son muchos los filólogos y lingüistas que han aportado información muy relevante a las características lingüísticas de estos pacientes afásicos ganándose su hueco en el área. Pues bien, lo mismo comienza a ocurrir con los trastornos motores facilitando así el diagnóstico de dichas enfermedades. Lo que sucede es que todavía no es un ámbito estudiado profundamente, por lo que apenas se pueden encontrar rasgos lingüísticos de pacientes con enfermedades como el Párkinson o el Huntington. A continuación voy a presentar una breve descripción de cada enfermedad estableciendo una aproximación de las anomalías en el lenguaje que podemos encontrar en cada una.

### **4.1. Enfermedad de Párkinson.**

La enfermedad de Párkinson es la segunda enfermedad de carácter neurodegenerativo que más afecta a la población, ya que en primer lugar se encuentra el Alzheimer. Su nombre proviene de un médico clínico inglés llamado James Parkinson. Él dedicó parte de sus estudios en investigar la enfermedad de la gota, sin embargo su fama llegó en 1817 con la publicación de *An Essay on the Shaking Palsy* donde describe la enfermedad Parálisis agitante, conocida hoy como enfermedad de Párkinson.

Lo más característico de esta enfermedad es el temblor, que llamó la atención de otros estudiosos anteriores a Parkinson. El error que cometieron fue concebir el temblor como una enfermedad en sí. Fue en 1817 cuando Parkinson elaboró una descripción clínica de los signos físicos y de la evolución de los mismos a la que ha habido poco que añadir tras casi dos siglos. En su ensayo analizó el temblor como síntoma y su tipología, desde los temblores iniciales intermitentes hasta el reconocido temblor incontrolable que presentan los pacientes en estado de reposo.

Desde los estudios de Parkinson se ha concebido la enfermedad como puramente motora caracterizada por una parte por el temblor nombrado ya anteriormente, la bradicinesia y la rigidez, Y por otra parte por la degeneración de las neuronas y depósito de cuerpos de Lewy en la sustancia negra mesencefálica. En cuanto a su tratamiento ha sido la levodopa primordialmente y los agonistas dopaminérgicos. Esto se debe a la falta de dopamina que presentan los ganglios basales, ya que estos son una serie de núcleos cerebrales que actúan a modo de estación de relevo de la información que el cerebro procesa. También se encarga de producir una serie de sustancias llamadas *neurotransmisores*. Esa falta de dopamina es la que provoca muchos de los síntomas de la enfermedad como el temblor y la falta de coordinación. Sin embargo, en estudios actuales se ha mostrado que dicha enfermedad no solo se caracteriza por lo recientemente dicho, sino que Rey (2009) nos presenta lo siguiente:

*[...] la EP es un proceso multisistémico caracterizado por: a) la presencia de síntomas no motores que acompañan o preceden al síntoma motor característico de la enfermedad, como es el caso de la hiposmia, el estreñimiento, la depresión o el trastorno de conducta del sueño REM, y b) por el depósito difuso de alfa-sinucleína, componente de los cuerpos de Lewy, que provoca la disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisión (noradrenalina, serotonina y acetilcolina), a la vez que provoca la muerte neuronal de diferentes estructuras corticales, subcorticales y del tronco cerebral.*

En cuanto a su etiología actualmente se presentan muchas incógnitas. Por ello, todavía se considera una enfermedad idiopática o por herencia familiar, que afecta a un 1 % de la población mayor de cincuenta años, y se desarrolla de manera crónica hasta el final de la vida del afectado.

El principal motivo por el que se descubre la enfermedad es por presentar una serie de síntomas motores y psiquiátricos como (Rey: 2009):

- **Temblor:** la aparición temblores característica en este tipo de pacientes se da en estado de reposo.
- **Rigidez:** aumenta la resistencia a la movilización pasiva.
- **Acinesia:** aquí encontramos tres términos (hipocinesia, bradicinesia y acinesia) que representan tres grados de la falta de movilidad en los pacientes. La hipocinesia corresponde a la poca movilidad, la bradicinesia a la lenta movilidad y la acinesia a la ausencia de la misma.
- **Inestabilidad postural:** es muy característica la pérdida del equilibrio.
- **Depresión, ansiedad:** es el síntoma más frecuente y con mayor impacto en la vida del paciente.
- **Alteraciones cognitivas, deterioro cognitivo leve, demencia:** tras 10 – 15 años el paciente presenta una progresión hacia la demencia.
- **Disartria:** se trata de una disfunción articular que afecta a uno o más subsistemas motores básicos del habla.
- **Trastornos del sueño:** es un síntoma muy frecuente y se caracteriza por vocalizaciones y movimientos presentes en ensoñaciones desagradables, como pueden ser gritos o sacudidas.

- **Anomalías olfatorias.**
- **Disfagia:** se trata de una alteración del control de los músculos partícipes en la deglución que dificulta o impide la ingestión de alimentos.
- **Estreñimiento.**
- **Disfunción urinaria.**
- **Hiposexualidad:** conforme la enfermedad va avanzando, va disminuyendo la capacidad sexual del paciente.
- **Dolor, calambres.**
- **Dermatitis seborreica:** creación de piel escamosa en zonas grasosas.

Respecto a los problemas lingüísticos que presentan los enfermos de esta enfermedad, los más notorios son los de origen articulatorio por tratarse de una dolencia motora. Sin embargo, no solo encontramos estas anomalías en los niveles fonético y fonológico, sino también en el morfológico, sintáctico y en algunos aspectos de tipo pragmático. Al tratarse de una enfermedad neurodegenerativa y cuya progresión lleva irremediablemente a una demencia, el paciente presenta un deterioro cognitivo que también se observa en las capacidades lingüísticas. Por lo tanto, a continuación presentaré una lista de dichas anomalías lingüísticas, con una pequeña aclaración, siguiendo las pautas de análisis elaboradas por la Dra. María Jesús Paredes Duarte que en el gabinete de Lingüística Clínica hemos utilizado para el análisis de estos pacientes en las consultas.<sup>2</sup>

#### i. **Anomalías articulatorias:**

- **Fragmentos indescifrables:** en el estudio de los trastornos del lenguaje es muy habitual encontrar partes del discurso que los pacientes emiten ininteligiblemente.
- **Calidad vocal:** los enfermos de Párkinson presentan menor nitidez y una articulación no relajada.
- **Ronquera:** suelen presentar una voz ronca debido a un cambio de timbre.
- **Temblor.**
- **Movimientos involuntarios con la boca:** es muy común el uso de múltiples muecas tanto en estado de reposo como durante el discurso.
- **Disartria.**
- **Tartamudeo:** debido a los problemas cinéticos, los pacientes suelen hablar entrecortadamente y repitiendo sílabas.
- **Sialorrea:** este término también se conoce como hipersalivación y consiste en el exceso de segregación de saliva.
- **Bradilalia:** este término va ligado a otros anteriormente explicados como bradicinesia. Consiste en una emisión enlentecida del discurso, que se puede observar por la tendencia al movimiento lento que esta enfermedad provoca.

#### ii. **Anomalías prosódicas:**

- **Voz monocorde:** la entonación suele perder dinamismo hasta llegar a emitirse el discurso en un mismo tono. Esto es un rasgo más notorio a medida que la enfermedad se desarrolla.

---

<sup>2</sup> Las anomalías ya explicadas en apartados anteriores no serán descritas de nuevo.

- **Falta de fluidez:** los problemas motores que conllevan dicha enfermedad provocan una imposibilidad de fluidez en la emisión del discurso de los pacientes. Este problema va en aumento junto al desarrollo de la enfermedad.
- **Taquifemia:** consideramos que un paciente presenta taquifemia cuando la fluidez del paciente se ve alterada por una articulación a gran velocidad, de forma confusa dando lugar a deformaciones de sonidos y parafasias fonéticas.
- **Hipofonía:** la voz emitida por los pacientes suele verse más afectada en los periodos más avanzados de la misma, dando lugar a un volumen bajo de la emisión, a veces casi inaudible.
- **Diversidad tonal:** los pacientes no siempre controlan el tono, dando lugar a emisiones con un tono alto y bajo continuamente.

### iii. Alteraciones gramaticales:

- **Alteración de la estructura gramatical del sintagma:** se trata de una dislocación de los componentes del sintagma.
- **Alteración de la estructura gramatical de la frase:** es el mismo fenómeno que el anterior, pero en un nivel mayor, en la frase.
- **Inconclusión de frases:** este fenómeno se da cuando el paciente tiene la tendencia de comenzar frases que no logra terminar.
- **Ecolalia:** este fenómeno se enmarca en los fenómenos de repetición. Se trata de una repetición involuntaria y sin objetivo comunicativo de todo o una parte de la emisión del otro interlocutor.
- **Anacolutos:** se trata de interrupciones en la emisión de frases de un par de segundos de duración. Este fenómeno está ligado al habla informal.

### iv. Alteraciones léxicas y semánticas:

- **Anomia:** es un trastorno del lenguaje que consiste en la imposibilidad de nombrar, ya sean objetos o personas.
- **Autocorrección de anomia por sustitución:** en este caso los pacientes conscientes de su anomia, tienden a hacer uso de la sustitución para intentar corregirla.
- **Autocorrección de anomia por reformulación sintáctica:** aquí estamos ante el mismo caso anterior, con la diferencia de que la autocorrección se lleva a cabo mediante una construcción sintáctica equivalente a lo que el paciente trata de nombrar.
- **Alteración en el contenido y no en la forma.**
- **Repetición léxica:** este fenómeno se da cuando el paciente usa reiteradamente una misma palabra léxica en el discurso pudiendo hacer uso de proformas o pleonasmos.

### v. Alteraciones textuales y pragmáticas:

- **Micrografía:** este fenómeno se aprecia en la escritura de los pacientes. Esta se ve afectada de tal modo que tienden a escribir usando una letra muy pequeña.
- **Lenguaje y movimiento, dificultad al empezar:** los problemas motores de esta enfermedad provoca fenómenos como la dificultad al empezar frases.

- **Disfemias:** este trastorno de la comunicación se caracteriza por interrupciones involuntarias del habla debido a una tensión muscular en la cara y el cuello.
- **Incoherencia en la conversación.**
- **Dificultades de comprensión de verbos de movimiento:** se ha demostrado que los pacientes de Párkinson tienen problemas al comprender con exactitud los verbos de movimiento.
- **Reducción del lenguaje no verbal:** la progresión de la enfermedad va acompañada por una reducción del movimiento que conlleva una reducción del lenguaje no verbal.
- **Uso excesivo de muletillas:** este fenómeno es también conocido como automatismo. Se trata del uso de palabras o estructuras lexicalizadas en la mente del paciente que usa como apoyo para continuar la conversación.
- **Ubicación temporal:** es un rasgo muy característico de la enfermedad del Párkinson. Los pacientes por el deterioro cognitivo pierden nociones de ubicación temporal.

## 4.2. Enfermedad de Huntington.

La enfermedad de Huntington o corea de Huntington trata de una dolencia del sistema nervioso, hiperkinética involuntaria, hipodistónica, con lesiones degenerativas primordialmente en núcleos grises extrapiramidales, de evolución crónica progresiva con trastornos demenciales finales (Negrette: 1962). A grandes rasgos, esta enfermedad se caracteriza principalmente por los movimientos coreicos involuntarios, motivo por el cual recibió el nombre de corea, pero también por trastornos de comportamiento, psiquiátricos y demencia. Esta última la vemos en la enfermedad de Párkinson también, y es que, con ambas enfermedades, se produce un deterioro del tejido cerebral causante de la aparición de la misma y, como consecuencia, hallamos el deterioro de las capacidades intelectuales del individuo que la padece. Cabe destacar que, a diferencia de las afasias, las enfermedades motoras presentan demencias cuyo deterioro cerebral afecte a áreas concretas cerebrales, sino a zonas más generalizadas (K. Obler y Gjierlow: 2001).

Los mayores descubrimientos sobre la enfermedad en cuestión se deben a la familia Huntington, en concreto a George Huntington que el 15 de febrero de 1872 expuso su trabajo *Sobre la corea* ante la Meigs and Mason Academy de Middleport en Ohio. Este estudio se llevó a cabo sobre una familia llamada Wells. A través de los miembros de dicha familia, George, su padre y su abuelo fueron estudiando los síntomas de una desconocida enfermedad hereditaria, crónica y progresiva que comenzó a ser conocida como corea de Huntington (< Huntington's corea). Fue ya en 1980 cuando pasó a ser conocida como enfermedad de Huntington (Huntington's disease).

Hay estudios que aseguran que esta enfermedad prevalece en la raza caucásica. El pariente de un enfermo de Huntington puede heredar la enfermedad o no. Hay un 50% de probabilidades de que lo haga. Sin embargo, una vez que la enfermedad no es heredada por uno de los descendientes, la línea de sucesión se rompe quedando libre de peligro el resto de descendientes. Los herederos de la enfermedad pueden presentar los síntomas entre los 30 y los 50 años de vida. Una vez que comienzan los síntomas, solo habrá una progresión de los mismos hasta la muerte. Dicha progresión se ve clasificada en tres estadios con un rango de desarrollo generalmente de cinco años cada uno. Para

hacer una valoración del grado de la enfermedad y el deterioro cognitivo se hace uso de dos escalas el MEC del lobo y el UHDRS (Unified Huntington's Disease Rating Scale).

Cabe destacar que estos datos no son inamovibles, puesto que se ha dado el caso de pacientes que presentan los síntomas antes de los 20 años de edad. Estos casos son los conocidos como enfermedad de Huntington juvenil (< Juvenile Huntington's disease). Estos pacientes presentan síntomas como alteraciones de comportamiento, dificultad de aprendizaje, hipocinesia y bradicinesia con componentes distónicos y, frecuentemente, presentan ataques epilépticos (Roos: 2010).

A continuación voy a clasificar los principales síntomas motores, psiquiátricos y lingüísticos, adjuntado en el anexo, que presentan estos pacientes, basándome en una ficha de análisis clínico que elaboré yo mismo en mi estancia en el Gabinete de Lingüística clínica del ILA. Dentro de dicho gabinete, fui el encargado de investigar la enfermedad de Huntington y establecer las pautas lingüísticas que los pacientes presentaban. Teniendo en cuenta lo novedoso de este ámbito en la Lingüística clínica, no hay estudios lingüísticos, así que la ficha de análisis ha sido elaborada a través de datos recogidos en distintos manuales médicos más la propia experiencia en las consultas de neurología del Hospital Universitario Puerta del Mar.

En primer lugar, antes de entrar con los aspectos comunicativos y lingüísticos, podemos observar una serie de síntomas psiquiátricos<sup>3</sup>:

- **Cambios de humor:** ya destacaba George Huntington en su trabajo la variabilidad de cambios de humor de estos pacientes.
- **Depresión:** este es un factor muy común en este tipo de pacientes en los que influye vitalmente en su enfermedad.
- **Irritabilidad:** los enfermos de Huntington suelen ser muy tendenciosos al enfado por motivos que antes de comenzar la enfermedad no lo hubieran sido.
- **Distimia / apatía:** junto a la depresión podemos localizar una actitud de desgana y apatía ante la vida.
- **Desinhibición:** esta enfermedad provoca en los pacientes un trastorno mediante el cual estos no son conscientes de las situaciones que causan pudor o vergüenza en la sociedad.
- **TOC:** al igual que ocurre con muchos parkinsonianos, es muy común la presencia de actividades obsesivas llegando a presentar algún tipo de Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- **Psicosis:** muchos pacientes presentan cuadros esquizofrénicos llegando a tener delirios y alucinaciones.
- **Hipersexualidad / hiposexualidad:** En los primeros estadios, los enfermos de Huntington tienen a mostrar un mayor apetito sexual, mientras que en los últimos estadios llegan a la imposibilidad de mantener relaciones sexuales.
- **Corea.**

#### vi. Anomalías fonético-fonológicas articulatorias:

- **Disartria.**

---

<sup>3</sup> Como ya se explicó en el caso del Párkinson, no se explicarán los apartados que ya hayan sido explicados anteriormente.

- **Disfagia.**
- **Hipercinesia:** al contrario que ocurre con los parkinsonianos, los huntingtonianos presentan un aumento de movimientos voluntarios en los primeros estadios de la enfermedad que llevan a un aumento de movimientos involuntarios.
- **Disfemia.**
- **Temblor.**
- **Apraxia:** es un trastorno articulatorio provocado por una lesión cerebral y que afecta a la capacidad de programar la posición de la musculatura y la secuencia de movimientos musculares del habla cuando se intenta realizar una producción voluntaria.
- **Prótesis/epéntesis/paragoge:** estos tres términos hacen referencia a la adición de sonidos en una palabra. En concreto, a la adición de un sonido al principio de la palabra, en medio y al final respectivamente.
- **Aféresis/síncopa/apócope:** ahora estamos ante el caso opuesto al anterior, es decir, a la omisión de sonidos de una palabra en posición inicial, intermedia o final respectivamente.
- **Parafasia fonética:** es la sustitución de un sonido por otro.
- **Disprosodia:** se observa cuando el enfermo modifica de alguna manera la acentuación de las palabras o la melodía prosódica.
- **Hipofonía/Hiperfonía:** estos términos hacen referencia a la reducción o aumento de la intensidad de la voz en su tono o timbre respectivamente.
- **Taquifemia.**

#### vii. **Alteraciones morfosintácticas:**

- **Disgramatismo:** es la incapacidad de dar forma gramatical corriente al contenido mental.
- **Agramatismo sintagmático<sup>4</sup>.**
- **Agramatismo oracional<sup>5</sup>.**
- **Anacoluto.**
- **Inconclusión de frases.**
- **Paragramatismo:** se trata de la abundancia excesiva o logorrea de palabras.

#### viii. **Alteraciones léxicas y semánticas:**

- **Parafasia nominal:** es la sustitución de una palabra por otra.
- **Neología:** es un fenómeno mediante el cual el enfermo usa palabras espontáneas y no existentes en el código lingüístico.
- **Anomia.**
- **Repetición léxica.**
- **Sinonimia/antonimia:** muchos pacientes presentan dificultades al localizar palabras con el mismo significado o con significado opuesto.

---

4 Corresponde a la **Alteración de la estructura gramatical del sintagma** en la lista de características lingüísticas del Párkinson.

5 Corresponde a la **Alteración de la estructura gramatical de la oración** en la lista de características lingüísticas del Párkinson.

- **Hiperonimia/hiponimia:** hay pacientes que presentan problemas en la relación de términos que engloban a otros y viceversa.
- **Ecolalia.**

#### ix. **Alteraciones textuales y pragmáticas:**

- **Discriminación auditivo-fonológica:** se trata de la dificultad de señalar un objeto que ha sido nombrado.
- **Fluidez verbal.**
- **Parafasia narrativa:** se trata de la introducción de la narración de un evento en otra, creando así confusión.
- **Agrafía/paragrafía:** se trata de la pérdida total o parcial de la capacidad de escribir.
- **Dificultad incoativa<sup>6</sup>.**
- **Estereotipia.**
- **Automatismo.**
- **Agramatismo de comprensión:** se trata de la dificultad para comprender palabras funcionales y morfemas flexivos.

#### c. **Casos clínicos.**

##### **Caso 1.**

*La paciente se llama Victoria, es seseante, tiene una bomba en el corazón y la enfermedad de Párkinson. Presenta la boca torcida con la lengua fuera y rigidez en ella, lo que le dificulta la articulación de sonidos. Su postura es encorvada y posee un temblor muy notable por todo el busto. También son apreciables la rigidez corporal y la hipocinesia, aunque es capaz de mantener el equilibrio en las pruebas de movilidad. Gracias a su acompañante sabemos que presenta problemas de deglución y su excesiva gesticulación por falta de medicación.*

*En el ámbito cognoscitivo solo es capaz de contar si realiza la acción lentamente, tanto en una cuenta numérica como en la enumeración de los meses del año, pero tampoco tiene grandes deficiencias ya que lleva el control de su horario de medicación. En el ámbito lingüístico vemos que entiende lo que se le pregunta, aunque contesta en la mayoría de los casos mediante el asentimiento o la negación gesticulada. En cuanto a la producción, presenta hipoprosodia, anacolutos, una dificultosa articulación de sonidos e, incluso, la omisión de morfemas léxicos como en el caso de [mentába] “me encantaba”.*

##### **Caso 2.**

*El paciente se llama Rafael, de 55 años de edad, nivel medio de estudios, ceceante y sin segundos idiomas. Su herencia de la enfermedad proviene de vía paterna y fue diagnosticado con la enfermedad de Huntington en 2008. No posee deterioro cognitivo pero está en el segundo estadio de la enfermedad y los resultados de las escalas MEC del lobo y UHDRS son 32 y 15 respectivamente.*

---

<sup>6</sup> Corresponde a **Lenguaje y movimiento, dificultades al comenzar** de la lista de características lingüísticas del Párkinson.



*En cuanto a los síntomas psiquiátricos presenta movimientos coreicos, cambios de humor, depresión, irritabilidad y distimia. Se perciben discinesias en el brazo derecho y hombros y los movimientos coreicos son rápidos y breves en todo el cuerpo. Su locomoción ha empeorado desde la última consulta, ya que se levanta y se cae muchas veces, no es capaz de tocarse la punta de la nariz con los ojos cerrados y tampoco puede cerrar y abrir las manos con rapidez. No presenta apenas gesticulación voluntaria y se muestra un tanto agresivo cuando su acompañante dice algo con lo que no está de acuerdo.*

*Lingüísticamente presenta dificultad en la articulación de palabras llegando al alargamiento vocálico. También presenta bradilalia con anacolutos e inconclusión de frases. La morfología no parece estar afectada, sin embargo se aprecian omisiones de sonidos, sobre todo síncopas y apócopes y parafasias fonéticas como con la palabra “vale” que la pronuncia como [vae], síncopa, y como [vael], parafasia.*

## **5. Conclusiones.**

En primer lugar cabe señalar la importancia del lenguaje en la comunicación y de la comunicación en la integridad del individuo en la sociedad. Cuando las capacidades lingüísticas del individuo o las capacidades comunicativas comienzan a no realizarse con normalidad, el individuo sufre una pérdida de su identidad, de la identidad que ha adquirido en la sociedad hasta el momento.

En segundo lugar vemos que en este estudio se ha llevado a cabo el análisis de esa pérdida de identidad a través de distintas enfermedades que afectan a la comunicación. Por un lado se ha expuesto la afasia, producida por un daño cerebral en un individuo concreto, y por otro enfermedades motoras como el Párkinson y el Huntington, producidas por la manifestación de genes en edades concretas de los individuos.

Y finalmente, en tercer lugar se ha extraído unas pautas de deterioro lingüístico que, a rasgos generales, dichos enfermos suelen presentar junto con un caso clínico actual ejemplificando cada enfermedad expuesta.

## 6. Bibliografía.

- A.E.H.A, Asociación de la Enfermedad de Huntington de Andalucía, (15/7/2002) “Resumen de la conferencia *La enfermedad de Huntington y terapia del lenguaje* de Arraz Sáiz, P.J., Reunión convocada por la Asociación de enfermedad de Huntington Andalucía (A.E.H.A.) en mayo de 2002”. Disponible en: [http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id\\_articulo=240](http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=240)
- Caplan, David, *Introducción a la neurolingüística y al estudio de los trastornos del lenguaje*, Madrid, Gráficas Rogar, 1992.
- Cuetos, Fernando, de Vega, Manuel, *Psicolingüística del español*, Madrid, Editorial Trotta, 1999.
- Crystal, David, *Patología del lenguaje*, Madrid, Cátedra, 1993.
- Diéguez-Vide, F., Peña-Casanova, J., *Cerebro y lenguaje. Sintomatología neurolingüística*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2012.
- Franch Valverde, Juan Ignacio, *La enfermedad de Huntington*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 1993.
- Garayzábal, Elena, *Lingüística clínica y logopedia*, Madrid, Antonio Machado Libros, 2006.1
- Goodglass, Harold, Kaplan, Edith, *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*, Editorial médica Panamericana, 1996.
- Grupo CTO, *Manual CTO de Medicina y Cirugía: Neurología y Neurocirugía*, CTO editorial, disponible en: <http://www.ug.edu.ec/Manual%20del%20CTO%20para%20ayudar%20al%20examen%20de%20habilitaci/Neurolog%C3%ADa%20y%20Neurocirug%C3%ADa%20CTO%208.pdf>
- GUÍA ESCOLAR VOX, *Lengua*, Barcelona, Bibliograf, S.A., 1994.
- Gumperz, John J., Bennett, Adrian, *Lenguaje y cultura*, Barcelona, Editorial Anagrama, 1981.
- Gutiérrez Araus, M<sup>a</sup> Luz, Esgueva Martínez, M., García-Page Sánchez, M., Cuesta Martínez, P., Deza Enríquez, Ana-Jimena, Estévez Rodríguez, A., Andión Herrero, M<sup>a</sup> Antonieta, Ruiz-Va Palacios, P., *Introducción a la lengua española*, Madrid, Editorial Universitaria Ramón Aceres, 2006.

- Helm-Estabrooks, Albert, *Manual de la afasia y terapia de la afasia*, Madrid, Editorial médica Panamericana, 2005.
- Junqué, Carmen, Barroso, José, *Manual de neuropsicología*, Madrid, Síntesis, 2009.
- Leiva Santana, Carlos, Gimeno Alava, Alberto, *Síndromes extrapiramidales. Parkinson y Parkinsonismos*, Madrid, Editorial Médica Internacional, 1985.
- Montoya, A., M. Achim, A., Menear, M., Chouinard, S., Richer, F., Lepage, M., Ruiz-López, I., *Disfunción de la memoria episódica de la enfermedad de Huntington*, Arch Neurocién (Mex), Vol 11, 2006.
- Negrette, Américo, *Corea de Huntington*, Venezuela, Universidad del Zulia, 1962.
- Obler, Loraine K., Gjierlow, Kris, *El lenguaje y el cerebro*, Madrid, Cambridge University Press, 2001.
- Paredes Duarte, M. J., Varo Varo, C., “Lenguaje y cerebro: conexiones entre la Psicolingüística y la Neurolingüística”, B. Gallardo Paúls, C. Hernández Sacristán y V. Moreno Campos (eds.): *Actas del I Congreso de Lingüística Clínica (Valencia, 7-9 de noviembre de 2006)*, València, Universitat de València, Publicación electrónica.
- Pabón de Urbina, José M., *Diccionario manual griego clásico – español*; Barcelona; VOX; 2007.
- Peña-Casanova, J., *Manual de logopedia*, Barcelona, Masson, 1993.
- Peña-Casanova, J., Pérez Pamies, M., *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*, Barcelona, Masson, 1995.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA; *Diccionario de la lengua española*; Editorial Espasa; 2001.
- Revista Digital Universitaria, *Neurolingüística: patologías y trastornos del lenguaje*, vol. 9, Nº 12, 10 de diciembre de 2008, disponible en: <file:///C:/Users/V/%EDctorManuel/Desktop/Revista%20Digital%20Universitaria.htm>
- Rey Pérez, Antoni, *Enfermedad de Parkinson y otros Parkinsonismos. Neurología caso a caso*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2009.
- Rondal, Jean A., Seron, Xavier, *Trastornos del lenguaje 1. Lenguaje oral, lenguaje escrito, neurolingüística*, Barcelona, Paidós, 1995.
- Rondal, Jean A., Seron, Xavier, *Trastornos del lenguaje 3. Afasias, retrasos del lenguaje, dislexia*, Barcelona, Paidós, 1991.
- Roos, “Huntington’s disease: a clinical review”, *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 2010.
- Sección científica “Roche”, *La enfermedad de Parkinson y el síndrome parkinsoniano*, Madrid, Roche, 1971.
- Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz, *Estudios de historiografía lingüística*, Sevilla, Grafitrés, 2009.