



Anomia Disociada en un Bilingüe Tardío con Mejor Conservación de L2

Alfredo Ardila

Florida International University, Miami,
Florida, EE.UU.

Correspondencia: Alfredo Ardila, 12230 NW 8
Street, Miami, Florida 33182, EE.UU. Correo
electrónico: ardilaa@fiu.edu

Resumen

Los sujetos bilingües pueden presentar afasias paralelas (la afasia es similar en ambas lenguas) o disociadas (la forma y la gravedad de la afasia es diferente entre las dos lenguas). Es inusual hallar casos de afasias disociadas con una mejor conservación de la segunda lengua (L2). Se presenta el caso de una mujer diestra de 63 años, con 11 años de educación, hablante nativa del español. Ha vivido en los Estados Unidos durante 38 años. Nunca estudió inglés formalmente, pero ha alcanzado algún nivel básico de inglés. Súbitamente presentó cefalea grave, debilidad en el hemicuerpo derecho e inestabilidad en la marcha. Una TAC mostró una hemorragia subaracnoidea extensa con hemorragia temporal intracerebral. En su lenguaje se encontró un defecto importante en la comprensión del lenguaje asociado con fallas graves en la memoria verbal (afasia de Wernicke), defectos en el lenguaje repetitivo, anomia grave asociada con parafasias fonológicas, parafasias semánticas y neologismos; alexia central y agrafia afásica. El defecto en la denominación fue más grave en español que en inglés, y a pesar de que el examen se realizó en español, la paciente mostró una clara tendencia a responder en inglés, cambiar al inglés, y mezclar el inglés y el español. La paciente presenta una anomia disociada, encontrándose L2 (inglés) mejor conservado que la primera lengua (L1) (español).

Palabras clave: Afasia, bilingüismo, afasia de Wernicke, afasia disociada.

Summary

Aphasia in bilinguals can be parallel (aphasia is similar in both languages) or dissociated (type and severity of aphasia is different in

both languages). It is infrequent to find dissociated aphasias with a better preservation of the second language (L2). Here the case of a 63 year-old right handed female with 11 years of education is presented; she is a native Spanish speaker, but has lived in the USA during the last 38 years. She never studied English in a formal way, but after years, she has learned some English. Suddenly she presented right hemibody weakness and gait instability. A CT scan of the brain showed an extensive subarachnoid hemorrhage and temporal intracerebral hemorrhage. A significant language understanding defect was found associated with severe impairments in verbal memory (Wernicke aphasia), difficulties in language repetition, severe anomia with phonological and semantic paraphasias and neologisms; central alexia and aphasic agraphia. Naming defect was more severe in Spanish than in English; in spite that the evaluation was performed in Spanish, patient presented a clear tendency to answer in English, to switch to English, and mixing English and Spanish. Patient presented a dissociated anomia with a better conservation of L2 (English) than the first language (L1) (Spanish)

Key words: Aphasia, bilingualism, Wernicke aphasia, dissociated aphasia

Introducción

Se ha observado que en caso de patología cerebral, los sujetos bilingües pueden presentar una afasia paralela (la afasia es similar en ambas lenguas) o disociada (la forma y la gravedad de la afasia es diferente entre las dos lenguas) (Paradis, 2001). Fabbro (2001) informó que en un grupo de 20 pacientes afásicos, el 65% presentaron una

afasia similar en ambas lenguas, en tanto que un 20% se observó un defecto verbal más evidente en L2 (segunda lengua) y en el 15% restante la afasia fue más grave en L1 (primera lengua). Estos porcentajes pueden considerarse relativamente típicos: en la mayoría de los casos la afasia afecta en forma similar ambas lenguas, pero en ocasiones la afasia puede disociarse, siendo generalmente más grave en L2 que en L1.

Existe una diversidad de variables que puede afectar el patrón específico de afasia en bilingües, entre ellos: cuál es la lengua dominante, la edad de adquisición de las dos lenguas, la lengua utilizada durante la vida diaria, la actitud emocional hacia cada lengua, la lengua utilizada en el momento que aparece la afasia, la distancia estructural entre las dos lenguas, etc. (Ardila, 2006; Paradis, 2001). Igualmente, existen diversos los patrones de recuperación de la afasia en bilingües.

Caso Clínico

Mujer diestra de 63 años, con 11 años de educación, hablante nativa del español. Nació en Ecuador pero ha vivido en los Estados Unidos durante 38 años. Nunca estudió inglés formalmente, pero durante su permanencia en los Estados Unidos ha alcanzado un nivel básico de inglés. Según su esposo, la paciente puede mantener una conversación sencilla de la vida diaria; su nivel de comprensión de la lectura es de aproximadamente un 70%, pero no sabe escribir en inglés. El lenguaje en su casa es siempre el español. La paciente trabaja en labores de aseo en una universidad.

Súbitamente presentó cefalea grave, debilidad en el hemicuerpo derecho e inestabilidad en la marcha. Una TAC mostró una hemorragia subaracnoidea extensa

temporal. Se colocó quirúrgicamente un gancho de la arteria cerebral media izquierda. Una angiografía posterior mostró dos aneurismas pequeños residuales en la arteria cerebral media. Un mes después de su accidente vascular se realizó una evaluación de su lenguaje.

Se encontró que la paciente no presentaba ningún defecto visual o auditivo evidente. No se encontraron defectos en sus campos visuales. No se observaron defectos evidentes en su motricidad gruesa o fina. No se halló desviación facial y la lengua protruía en una posición media. La paciente presentaba un lenguaje espontáneo fluido, respondiendo a preguntas sencillas, pero luego de unas pocas palabras su lenguaje usualmente se convertía en una jerga incomprensible. No se observaron desviaciones fonéticas en su habla. El volumen de la voz fue normal pero su velocidad se encontró ligeramente disminuida. La prosodia se halló dentro de un rango normal. A pesar de que la evaluación se realizó exclusivamente en español (excluyendo la Prueba de Denominación de Boston, que se aplicó dos veces), la paciente mostró una clara tendencia a cambiar permanentemente al inglés.

Al describir la Lámina no.1 de la Prueba de Boston para el Diagnóstico de las Afasias (Goodglass & Kaplan, 1979), exploró la figura utilizando una secuencia de izquierda a derecha, pero no se observó negligencia hemi-espacial. Utilizó 54 palabras y claramente logró integrar la figura. Frecuentemente mezcló el español y el inglés. Se hallaron neologismos y parafasias. El paragramatismo fue evidente. Describió la figura de la siguiente forma:

“Los niños están...el niño está cogiendo los dos /kajin/. What is this? Las galletas /bida/.../brila/ a la

hermana pero el mudacho vi que la mamá está got the el agua y limpia los /situres/ los platos porque está preocupada del baby que está el /tabiar/ y what is this?”

Logró producir todos los fonemas y las combinaciones fonémicas del español. Sin embargo, se notó una disminución en su agilidad verbal. Pudo rápidamente repetir palabras simples (i.e., *mamá-mamá*) pero fracasó en la repetición rápida de palabras complejas (i.e., *católico-apostólico*), y al intentarlo, su lenguaje se hizo una jerga. Pudo contar del 1 al 10, pero no logró contar en orden inverso. Le fue imposible decir los días de la semana o los meses del año. Cuando el examinador inició la secuencia (*lunes, martes...*) la paciente continuó con una jerga en inglés.

Su nivel de comprensión en el lenguaje conversacional estaba disminuido. Pudo seguir órdenes de un nivel e inconsistentemente órdenes de dos niveles. Su puntaje en la subprueba de Comprensión Auditiva de Palabras y Oraciones del Examen Multilingüe de las Afasias, versión española (Rey & Benton, 1991), correspondió al percentil 1. Igualmente, su puntaje en la Prueba de las Fichas también correspondió al percentil 1. No se hallaron defectos de discriminación fonológica.

La habilidad para encontrar palabras se halló alterada. En la Prueba de Denominación de Boston (García-Albea, Sánchez-Bernardos, & del Viso-Pabón, 1996) su puntaje en español fue 13/60 y en inglés 18/60. A pesar de que La Prueba de Denominación de Boston no ha sido normalizada en sujetos bilingües, es usual en los trabajos de investigación considerar que en bilingües tardíos español/inglés en los Estados Unidos (personas que llegaron como adultos a los

Estados Unidos y no han tenido un aprendizaje formal del inglés), el puntaje normal esperado es de aproximadamente 30/60 (Rosselli et al., 2003). Dada la actividad laboral de la paciente y su limitado uso del inglés, es dudoso que su conocimiento del inglés haya alcanzado ese nivel. Pero aún así, se podría suponer que su ejecución en inglés fue de aproximadamente un 60% (18/30) con relación a su nivel premórbido. Considerando su edad y su nivel educacional, su puntaje esperado en español podría ser de aproximadamente 55/60. Su ejecución en español en la Prueba de Denominación de Boston sería entonces un 23% (13/55) de la esperada. Existe entonces una disociación evidente en su habilidad para denominar en inglés (L2) y su habilidad para denominar en español (L1) (60% vs. 23%).

Las claves fonológicas en ocasiones ayudaron a recuperar la palabra, enfatizando que se trataba de un defecto afásico, no visoperceptual. Se registraron varias parafasias fonológicas (i.e., *tijeras*->*tirofia*) y semánticas (i.e., *camello*->*llama*). Los neologismos fueron abundantes (i.e., *cactus*->*ikasul*). También se registró una parafasia por proximidad (*copa*-> *wine*, *champagne*). Su puntaje en la subprueba de Denominación Visual del Examen Multilingüe de las Afasias, versión española (Rey & Benton, 1991) también correspondió al percentil 1.

Las dificultades de denominación también se hallaron en partes del cuerpo. Denominó correctamente 3/10 partes del cuerpo y ninguno de los dedos. Al menos en una ocasión hizo una amalgama entre el nombre en inglés y el nombre en español (*cheek* + *quijada* => *chikada*). Denominó correctamente los colores. A la pregunta “¿Cuáles son los colores de la bandera de Ecuador?” respondió “*amarillo, rojo y the blue*”.

En las pruebas de fluidez verbal utilizando

categorías semánticas (animales) logró decir dos palabras en un minuto (percentil 1). En esta prueba respondió en la forma siguiente: “*my perritos... so, my pajaritos también...*”. No logró hallar ninguna palabra que comenzara con las letras F, A, o S.

El lenguaje repetitivo fue normal para palabras cortas de alta frecuencia (i.e., *casa*, *mesa*), pero la repetición de palabras largas de baja frecuencia fue imposible (i.e., *dromedario*->*dromedaro*). Sin embargo, pudo repetir una frase de cinco palabras (i.e., *El auto no encendió ayer*). Esta ejecución corresponde al percentil 1.

La paciente logró señalar letras y leer palabras simples. Al intentar leer un texto de 109 palabras, sólo pudo correctamente leer 30 palabras, aunque incluyendo un número significativo de paralexias literales y morfológicas (i.e., *cayeron*->*creyeron*). Después de las 30 primeras palabras, la lectura se hizo una jerga. Al menos una palabra en español se leyó en inglés (*UNO*->*one*). Pudo escribir su nombre y algunas palabras sencillas al dictado (i.e., *casa*) pero fracasó en la escritura de palabras más complejas (i.e., *ventana*->*venjobados*; *libro*->*livinbont*). No se encontró apraxia ideomotora o ideacional.

Discusión

El examen del lenguaje muestra un trastorno importante en la comprensión del lenguaje asociado con fallas graves en la memoria verbal (afasia de Wernicke tipo II). No se encontraron, sin embargo, defectos evidentes en la discriminación fonológica. Se observan además defectos en el lenguaje repetitivo, y una anomia grave asociada con parafasias fonológicas, parafasias semánticas y neologismo, que en ocasiones conformaron una jerga afásica. El defecto en la

denominación fue más grave en español que en inglés. Su alexia corresponde a una alexia central y su agrafia es una agrafia afásica. Es importante enfatizar que la paciente es una mujer bilingüe tardía; sólo estuvo expuesta al inglés cuando se trasladó a vivir a los Estados Unidos (aproximadamente a los 25 años de edad) y su conocimiento y manejo del inglés son limitados. Su lengua familiar sigue siendo el español, y dado su trabajo, su uso del inglés es mínimo. Sin embargo, su anomia es más grave en español que en inglés, la paciente permanentemente cambia su lengua al inglés y muestra una preferencia evidente por el inglés. Es posible suponer que en casos como éste, las dos lenguas no tienen una organización completamente coincidente en el cerebro, y probablemente L2 depende de circuitos cerebrales más extensos, permitiendo cierta conservación en caso de una patología cerebral que afecta la lengua nativa. Tal supuesto es congruente con los estudios tanto de estimulación cerebral como de neuroimágenes en bilingües (Marian, Spivey, & Hirsch, 2003) que sugieren que la representación cerebral del lenguaje en sujetos bilingües incluye componentes tanto superpuestos como diferentes, y en general, el patrón de activación cerebral es más extenso cuando se utiliza L2 que cuando se utiliza L1.

Referencias

Ardila, A. (2006). *Las afasias*. Recuperado en Febrero 15, 2008, de <http://www.aphasia.org/docs/LibroAfasiaPart1.pdf>

Fabbro, F. (2001). The bilingual brain: bilingual aphasia. *Brain and Language*, 79, 201-210.

García-Albea, J. E., Sánchez-Bernardos, M. L., & del Viso-Pabón, S. (1996). Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia: Adaptación Española. En H. Goodglass, & E. Kaplan (Eds.), *La Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados* (2a. ed., pp. 45-68). Madrid: Medica Panamericana.

Goodglass, H., & Kaplan, E. (1979). *Evaluación de la Afasia y de Trastornos Similares*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Marian, V., Spivey, M., & Hirsch, J. (2003). Shared and separate systems in bilingual language processing: converging evidence from eyetracking and brain imaging. *Brain and Language*, 86, 70-82.

Paradis, P. (2001). Bilingual and polyglot aphasia. En F. Boller & J. Grafman (Eds.), *Handbook of Neuropsychology: Vol 3. Language and Aphasia* (2da. ed., pp. 69-94). Amsterdam: Elsevier.

Rey, G., & Benton, A. (1991). *Examen de afasia multilingüe*. Iowa: AJA Associates Inc.

Rosselli, M., Ardila, A., Salvatierra, J., Marquez, M., Matos, L., & Weekes, V. A. (2003). A cross-linguistic comparison of verbal fluency tests. *International Journal of Neurosciences*, 112, 759-776.