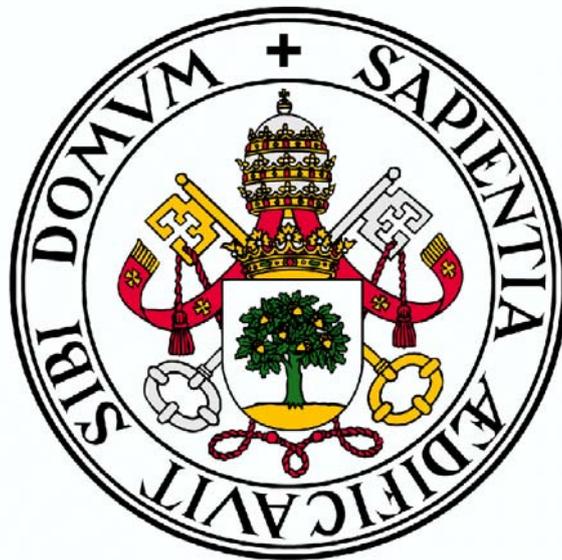


UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Revisión Sistemática y Crítica de Afasia en Bilingües

Trabajo de Fin de Grado - Logopedia

2013-2014



Elaborado por Ana Delgado García.
Tutora: Dra. Marta Ruiz Mambrilla.

ÍNDICE

Abstract	3
Introducción	5
Objetivos.....	7
Metodología.....	9
Resultados.....	12
Discusión.....	27
Conclusiones.....	35
Referencias bibliográficas.....	38
Anexos.....	42

ABSTRACT

Background: Esta revisión bibliográfica parte de diversas descripciones de casos de pacientes afásicos bilingües, recogidas en 26 artículos.

Objetivo: Pretendemos comparar la relevancia del momento de adquisición de una lengua (nativa o aprendida) frente a la frecuencia de uso en la implicación de la afasia bilingüe.

Metodología: Se ha utilizado la base de datos PubMed, con la palabra clave “bilingual aphasia” Los criterios de selección de los artículos fueron que contasen con la descripción de las alteraciones en cada una de las lenguas en pacientes adultos afásicos.

Resultados: Se ha analizado esta mayor o menor implicación en los siguientes aspectos: el grado de afectación, la tipología afásica, los cambios en la tendencia de uso espontáneo de una lengua, la mezcla y las dificultades de traducción, el tratamiento logopédico y la evolución de cada caso.

Conclusiones: Aunque se requiere una investigación mayor, se ha comprobado que tanto el momento de adquisición de la lengua como la frecuencia de uso muestran implicación en la afasia bilingüe; siendo la frecuencia más determinante en la mayoría de ocasiones.

Background: This systematic review is based on several case bilingual aphasic descriptions, reported in 26 scientific papers.

Aims: We sought to compare how relevant is the moment acquisition (native or learnt language) vs. frequency of use for bilingual aphasia implications.

Method: The database which is been used is PubMed, with the key word “bilingual aphasia”. The selection criterion were the disorder in each language description reported in adult bilingual aphasic patients.

Results: This greater implication is been analyze in the following aspects: impairment degree, aphasic typology, changes in spontaneous use, mixing and translation phenomenon, speech-therapy treatment and each case evolution.

Conclusions: Although further investigation is required, it's been confirmed that so far the moment of acquisition so far the frequency of use show bilingual aphasia implications; being the frequency of use the more decisive in most occasions.

INTRODUCCIÓN

El bilingüismo, “el conocimiento de dos o más lenguas por parte de un mismo individuo es un hecho cotidiano y común a millones de personas”¹. Tanto es así que existen diversos países en los que hay más de una lengua oficial y por tanto sus habitantes son bilingües.

En concreto en España, existen varias comunidades autónomas con una segunda lengua, por lo que su población, o al menos una gran parte de ella, es considerada bilingüe. Además, el cambio demográfico experimentado en los últimos años consecuencia de la inmigración aumenta el número de personas bilingües en nuestro país.

Por otro lado, las alteraciones del lenguaje tienen una gran incidencia cuando se producen daños neurológicos (los cuales están provocados por ACV, TCE, tumores, infecciones o anoxia).

Estos trastornos del lenguaje se conocen como síndrome afásico o afasia, que es una alteración del lenguaje del individuo que ha sufrido un daño cerebral y a consecuencia de este, algunos autores lo definen como “pérdida o trastorno en el lenguaje causada por un daño cerebral”.

Debido a la gran proporción de población que domina más de una lengua, así como la alta incidencia de los trastornos afásicos consideramos que conocer las particularidades que se producen cuando coinciden estos dos acontecimientos es un aspecto de gran relevancia.

Es debido a estos motivos por lo que resulta probable que un paciente de tales características requiera asistencia logopédica. Consideramos que resulta de gran utilidad para los profesionales de la logopedia conocer las peculiaridades de la afasia para personas que utilizan más de una lengua, para tener en cuenta aspectos que definan el programa de intervención de dicho paciente, como por ejemplo en cuál de las lenguas habladas por el sujeto se debe llevar a cabo el tratamiento. De esta manera optimizaremos sus posibilidades de recuperación y garantiremos una atención más adecuada a sus necesidades.

OBJETIVOS

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo conocer las peculiaridades sintomatológicas y del pronóstico del síndrome afásico cuando cursa en personas bilingües.

En concreto, el objetivo principal es realizar una comparación entre la implicación del momento de adquisición de una lengua, es decir, si es una lengua nativa o aprendida y la frecuencia de uso de las lenguas en momentos previos a la lesión neurológica.

Las cuestiones concretas en las que se comparan ambos factores son:

1. La mayor afectación de una lengua.
2. La coincidencia o disociación del tipo de síndrome afásico cuando ambas lenguas resultan afectadas.
- 3-La tipología de síndrome afásico que sucede con mayor frecuencia.
- 4- La existencia de un cambio en la lengua que se utiliza de forma espontánea.
- 5-La frecuencia con que ocurre la interferencia o mezcla involuntaria entre lenguas y dificultades para traducir de un código lingüístico a otro.
- 6-Comprobar a cuántos de los casos analizados han recibido intervención logopédica y si tras ella se obtienen mejores resultados que en los casos en que los que no se ha seguido este tipo de tratamiento.
7. Conocer si es más frecuente la recuperación paralela (ambas lenguas a la vez) o la recuperación de una sola lengua, y en tal caso de cual. Y cuál es la lengua que suele mejorar en mayor medida.
8. Conocer si es posible mejorar una lengua con el tratamiento de otra.

METODOLOGÍA

Durante los meses de enero y febrero del año 2014 se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y en el *Índice Médico Español* (IME). Se utilizaron las palabras clave “*bilingual aphasia*” y “*afasia bilingüe*” resultando más eficaz en lengua inglesa que en lengua española.

En la base de datos PubMed se encontraron 125 artículos con la palabra clave “*bilingual aphasia*”. Debido a la dificultad para encontrar artículos con el texto completo disponible se eliminaron los filtros de fecha de publicación y de “especie”.

También se realizó una búsqueda con la palabra clave “bilingualism” pero los artículos no cumplían los criterios de inclusión, citados en las líneas siguientes de este epígrafe.

En el IME tan solo se encontró la referencia bibliográfica de un artículo válido utilizando la palabra clave “*afasia bilingüe*” pero no fue posible acceder al texto completo.

Los criterios de selección de los artículos para la revisión fueron que estos dispusiesen de la siguiente información: una descripción de los trastornos lingüísticos en las diferentes lenguas del paciente, que se tratase de sujetos adultos, que dominasen más de un idioma (bilingües) y que las alteraciones del lenguaje que padecían estuvieran provocadas por una lesión neurológica siendo su nivel previo considerado normal.

Del total de los 125 artículos iniciales se excluyeron los que no cumplían tales características por lo que en total se han revisado 26 artículos.

Durante el mes de febrero, marzo y abril de 2014 se han revisado los artículos en busca de los datos necesarios y se ha recogido en la tabla de resultados que se adjunta en el siguiente epígrafe.

Estos datos son: el sexo, edad y lateralidad del paciente; los idiomas que conoce, la edad de aprendizaje de estos y la frecuencia de uso; el tipo de lesión y su localización; los trastornos del lenguaje que afectan a la lengua

nativa; los trastornos del lenguaje que afectan a la segunda lengua; la existencia de mezcla patológica de lenguas o problemas de traducción; los trastornos asociados; la rehabilitación logopédica y el la evolución del caso.

La metodología que se ha seguido para citar y elaborar las referencias bibliográficas han sido las normas Vancouver.

RESULTADOS

Antes de analizar los resultados se ha de resaltar que no todos los artículos revisados cuentan con todos los datos sometidos a análisis y que esto supone un inconveniente a la hora sacar conclusiones puesto que la muestra tiene una fiabilidad menor.

Se han analizado 32 casos recopilados de 26 artículos diferentes.

4 de estos casos pertenecen a estudios en los que ha habido más de un participante, pero se les ha considerado como un único participante y se ha hecho una media de sus resultados.

El 100% de los datos que se recogen pertenecen a pacientes adultos (desde los 15 hasta los 94 años de edad), bilingües (hablantes de diferentes lenguas) que han sufrido una lesión neurológica que les ha provocado una alteración del lenguaje.

La lateralidad de los participantes se describe en el 68,75% de los casos, y coincide en que todos presentan dextralidad.

El 100% de los artículos analiza los trastornos del lenguaje de cada lengua según su momento de adquisición (nativa o aprendida). Sin embargo no todos describen la frecuencia de uso de estas lenguas en momentos previos a la lesión, lo cual limita la calidad de los resultados ya que el objetivo es comparar ambos aspectos.

Un 53,12% de los casos analizados nos aportan esta información, porcentaje que se corresponde con 17 del total de casos analizados.

A continuación presentamos la *Tabla de resultados 1*. a través de cuyo análisis se pretende resolver los interrogantes planteados en los objetivos.

Tabla de resultados 1.

Autor – Fecha	Sexo, Edad ,lateralidad	Lenguas, uso y adquisición	Tipo lesión y localización	Trastornos L1	Trastornos L2	Interferencias - Traducción	Trastornos asociados	Rehabilitación logopédica	Evolución
Gorlitzer von Mundy - 1959	V 94 a	L1:esloveno no LE L2: alemán 30 , LE	Ictus HI	Sin alteración	Afasia Global				
Stengel & Zelmaniwicz - 1983			LF	Afasia motriz	Afasia motriz	Mezcla L1 y L2.			
Berthier et all - 1990	V 25 a	L1 :español L2: inglés	Inactivación experim. HI	Afasia global	Afasia global				Se recupera primero L2
Gómez-Tortosa et all - 1995	M D.D.	L1 : español L2: inglés, +uso	Córtex HI perisilviano	Déficit selectivo	Sin alteración				
Aglioti, Beltramello, Girardi & Fabbro - 1996	M 68 a D.D.	L1: Véneto +uso L2: Italiano: 3 a, LE	Ganglios basales izdos	Afasia de Broca Severa Alt Evocación denom. Parafasias sem y ecolalia (trad L2)	Afasia de Broca Leve Xenoloquia Alt evoc y denom. Habla espontánea.	Mejor trad. L1->L2.	Leve alt motriz dcha.	A los 11 meses rhb para L1.	Mejora leve L1. Empeora traducción L2->L1
Evitar, Leikin & Ibrahim - 1999	M 68 a D.D.	L1: Ruso L2: Hebreo, 48 a.	Ganglios basales HI y coronaradiada post izda.	Escritura: usa letras y dirección de L1.	Afasia transcortical sensorial, dislexia y disgrafia severas.	Tendencia trad espontánea L1 No Traduce L2 .	Hemiparesia derecha.	Rhb L1 yL2 los 4 primeros meses.	Peor recuperación L2
Fabbro, Skrap & Aglioti -2000	56 a D.D.	L1: friulian L2: italian	Tumor LF izdo. resec cingular	No sintomatología afásica.	No sintomatología afásica.	Intercambio: Mezcla L1 y L2 (contexto L1)	Inclinación y hemiplejia dcha. Desinhibición.		
Fabbro - 2001	N:20 V 65% M35% 15- 77 a	L1: 17 Friulano L2: 3 Italiano (5-7 a). LE Ambas uso diario.	Lesión HI 70% Infarto 20%Hemorragia10%Tumor	Mayor alt. gram. que sem. y fon.	Mayor alt. gram. que sem. y fon.				Recuperación paralela 65%. Peor L2 20% Peor L1 15%

Autor – Fecha	Sexo, Edad ,lateralidad	Lenguas, uso y adquisición	Tipo lesión y localización	Trastornos L1	Trastornos L2	Interferencias - Traducción	Trastornos asociados	Rehabilitación logopédica	Evolución
Úrbez-Mir, Leiva-Ruiz & Santos Del Riego - 2002	M 29ª	L1: Francés L2: Español	Hemorragia LP l izdo.	Durante los primeros días expresión verbal L1.	Afasia motora		Pérdida de función en hemicuerpo dcho.	Sí.	Mejoría para L2.
Gil & Goral - 2004	V 57 a D.D.	L1: Ruso L2: Hebreo (35 a) LE ambas.	ACV isq LFP y girus lenticular izdo.	Afasia mixta (+) Alt: neolog, anomia, Comprensión, LE	Afasia mixta (-) Mejor repetición. Alt: comprensión, anom, LE.		Hemiplejía derecha y parálisis facial derecha.	3.5 m L2. Después L1 . Ses: 45 min 5/semanas.	Fluente ambas L1 mejor. Comprensión normal L1. LE L1 normal.
Edmods & kiran - 2006	M 53 a D.D.	L1: Español L2: Inglés (21 a) + uso	ACV isquemia. A perisil izda.	Afasia comprensiva	Afasia mixta. Comprensión mejor que L1.	Mejores trad L2-> L1		9 m tras ACV. L1. Ses: 2h 2/semanas.	Generalización de L1 a L2 sin tto y a L2. Mejor mant. L2.
Edmods & kiran - 2006	V 53 a D.D.	L1: Inglés (+ uso) L2: Español (sin LE)*ambas nativas	ACV isquemia A persil izda.	Afasia mixta (-) Alt: compr, Lect, denominación	Afasia mixta (+) Alt: comprensión, denom, Lect.			9 m tras ACV, inicio L1 desp L2.	Mejoría L1, Gener tto L2 a trac L1. Mant mejor L1.
Edmods & kiran - 2006	M 56 a D.D.	L1: Inglés L2: Español (sin LE)*ambas nativas	ACV isquemia A persil izda.	Afasia (-)	Afasia (+)			9 m tras ACV, inicio L2 después L1.	Mayor mejoría para L1.
Meinzer, Obleser, Fleisch, Eulitz & Rockstroh – 2006	V 35a D.D.	L1: Francés L2: Alemán (3 a)	ACV isq ACM izda. LFTP, insula, putamen.	Afasia Broca Severa	Afasia Broca Leve inicio: afasia global	2.5% Interferencia en ambas		Rhb en L2. 32 semanas. 3h/semana.	Afasia amnésica Moderada L2. Muy leve mejoría L1.
GarcíaCaballero, García-Lado, González-Hermida, Area, Recimil, Juncos Rabadán, Lamas, Ozaita % Jorge - 2007	M 91 a D.D.	L1: Gallego, +uso L2: Español 4 a, LE	Infarto cápsul-putamen dcho, lesiones subcort bilaterales	Afasia motora Alt: fluencia y LE. No uso espontáneo	Esc: agram y alt deletreo.	Traducción espontánea L1 -> L2.	Déficits memoria y desinhibición.		

Autor – Fecha	Sexo, Edad ,lateralidad	Lenguas, uso y adquisición	Tipo lesión y localización	Trastornos L1	Trastornos L2	Interferencias - Traducción	Trastornos asociados	Rehabilitación logopédica	Evolución
Goral, Levy, Kastl - 2007	49 a D.D.	L1: Hebreo L2: Inglés 10 a L3: Francés (+uso)	ACV en ACM. LFTP	Afasia no fluente (-)	Afasia no fluente (+)		L3 afasia no fluente (-) Hemiplejía dcha.	5 m tras ACV L2.	Mayor fluencia L1.
Hernández, Caño, Costa, Sebastián-Gallés, Juncadella & Gascón-Bayarri - 2008	V 60 a D.D.	L1: Español L2: Catalán (<4a) Mismo uso	Atrofia perisilv, hipocampo., LFT e ínsula.	Afasia progresiva primaria. (-) No fluente, agramatismos,	Afasia progresiva primaria. (+) No fluente, agramatismos.	Traducción: tendencia L1.	Déficit funciones ejecutivas y planificación.		
Aladdin, Snyder, Ahmed - 2008	V 50 a D.D.	L1: Ucraniano, L2: Inglés (7 a) +uso	ACV Hemorragia. A perisilv y opérculo izdo	Tras epilepsia, alt 15-20 minutos.	Sin alteraciones.		Descargas. epilépticas desde LT izdo.		Control de epilepsia, no alt del lenguaje.
Ibrahim - 2008	54 a D.D.	L1: Árabe L2: Hebreo (8 a). Mismo nivel.	Tumor LFP izdo	Afasia Motora Severa Alt fluencia y denom. Dificultad comprensión lectora	Afasia motora Leve Altfluencia y denom. Leve dif LE y comprensión lect.		Hemiparesia dcha. Epilepsia.	L1 y L2 varios años.	Gran mejora L2 Mejora leve L1
Ibrahim - 2009	V 41 a D.D.	L1: Árabe L2: Hebreo 9 a	LT izdo Hem LF dcho: hem subdural. Virus herpes simple.	Afasia receptiva leve.	Afasia mixta: Alt fluencia: anomia, pausas, parafasias, comprensión lect.		Epilepsia.	3 meses. En L1 y L2.	Buen nivel L1, L2: leve mejoría comprensión.
Kambaros - 2009	N=12 V 66% M 34% 66-91 a	L1: Griego L2: Inglés	100% HI 66% Hem.. 34% Isq.	Afasia anómica (-)	Afasia anómica (+)		Hemiplejía derecha.		

Autor – Fecha	Sexo, Edad ,lateralidad	Lenguas, uso y adquisición	Tipo lesión y localización	Trastornos L1	Trastornos L2	Interferencias - Traducción	Trastornos asociados	Rehabilitación logopédica	Evolución
Machado, Rodrigyes, Simoes, Santana, Soares-Fernandes 2010	V 56 a	L1: Portugués +uso L2: Francés	Atrofia LT izdo.	Afasia progresiva primaria. No fluente, anomia, agram, alt LE.	Afasia progresiva primaria. Afasia global.	Xenoloquia L1 en lect de L2			
Machado et all 2010		L1 nativa +uso L2 aprendida		Afasia no fluente	Afasia no fluente Agramatismo y anomia				
Green, Grogan, Crinion, Ali, Sutton & Price - 2010	M 65 a D.D.	L1: Francés L2: Inglés, 12a, +uso	ACV Ganglios basales HI (putamen y globo pálido)	Afasia (-) Mismo uso.	Afasia(+) Mismo uso.	Mejor traducción L2 ->L1			
Green, Grogan, Crinion, Ali, Sutton & Price - 2010	M 47a D.D.	L1: Español L2: Inglés 28a, + uso	AVCs tromb, emb.ACM izda, LPFT izdo, LO	Afasia mixta Alt similar	Afasia mixta Alt similar Peor comprensión. Tendencia a utilizarla.	Trad L1-> L2 intacto, L2->L1 alterado			
García, Egido & Barquero - 2010	V (joven) D.D.	L1: Español L2: Inglés 7 a	Isquemia. ínsula post y LP izdo	Afasia mixta Alt: comprensión, repetición, denom. LE vía fon.	No hay alteración.				Recuperación completa 90 mi tras ACV.
Adrover-Roig, Galparsoro-Izagirre, Marcotte, Ferré, Wilson & Anasaldo – 2011	V 53 a D.D.	L1: Euskera L2: Español (4 a, +uso)	Hemorragia. ganglios basales izdos	Afasia motora Taquilalia, alt fonol, jerga.	Afasia mixta Alt: compr, fluencia, anomia, parafasias sem, esc.	Tendencia a L1. Traducción mejor L2->L1	Hemiparesia derecha.	3 sema tras ACV. 3m, L1 y L2.	Mayor mejoría L2.

Autor – Fecha	Sexo, Edad ,lateralidad	Lenguas, uso y adquisición	Tipo lesión y localización	Trastornos L1	Trastornos L2	Interferencias - Traducción	Trastornos asociados	Rehabilitación logopédica	Evolución
Green, Ruffle, Grogan, Nifula, Ramsden,schofield, Leff, Crinion & Price - 2011	M 44a D.D.	L1: Alemán L2: Inglés L3: Español *Todas infancia, mismo uso.	Infarto LTP, girus helsch y ínsula post izdo	Afasia mixta Expresión (+) Comprensión (+) Lectura: (-)	Afasia mixta Expresión: (+) Comprensión: (-) Lectura: (+)	Dificultad traducción en todas.	L3: Expresión (-) Comprensión (-) Lectura: (+)		
Larner - 2012	M 78 a D.D.	L1: galés L2: inglés + uso	Atrofia ínsula y LT izdo.	Afasia progresiva no fluente	Anomia				
Goral , Rosas, Conner, Maul & Obler - 2012	49 a	L1: Catalán L2: Español(+ uso) L3:Alemán 14a L4: Francés 5a L5: Inglés 14 a	ACV isquémico izdo.	Afasia no fluente (+)	Afasia no fluente (-)		Hemiparesia dcha. L3, L4 y L5 afasia no fluente	-Previo L1 y L2. -TtoL2 5 sema y después 5 sema L5	Tto L2:mejora leve,L2, L3 yL4, L5 no. Tto L5: leve L3 y L4, L2 no, L5 significativa.
Kiran, Sandberg, Gray, Ascenso& Kester-2013	N=17 V35% M65% (33-87 a)	L1: Español L2: Inglés	ACV Área perisilv izda.	Comprensión: (+) Semántica: (-)	Comprensión: (+) Semántica: (-)	Dificultad traducción en ambas.		Rhb en una. 2/sem de 2 horas. 7-13 sema.	Mejor evolución para L1 que para L2.
Gray & Kiran - 2013	N=19 M 58% V 42% 33-85 a	L1:Español L2: Inglés Uso diario.	ACV	Afasia mixta Comprensión(+) Sist. Semántico (=) Denominación(=)	Afasia mixta: Comprensión(-) Sist. Semántico(=) Denominación: (=)	L2->L1: peor L1->L2: mejor			

D.D.: Dominancia Derecha; **V:** Varón; **M :**Mujer; **a:** años; **LE:** Lectura y Escritura; **L1:** Lengua nativa; **L2:** Lengua aprendida; **HI:** Hemisferio izquierdo; **HD:** Hemisferio derecho; **L:** Lóbulo; **F:** Frontal; **T:** Temporal; **P:** Parietal; **O:** Occipital; **A:** Área; **Perisilv:** Perisilviana; **ACM:** Arteria Cerebral Media; **Subcort:** Subcorticales; **Izdo:** Izquierdo; **Dcho:** Derecho; **Post:** Posterior; **Tromb:** Trombosis; **Emb:** Embolia; **Hem:** Hemorragia; **Isq:** Isquemía; **Resec:** Resección ; **(+):**Afectación mayor; **(-):** Afectación menor; **(=)** Afectación similar; **Alt:** Alteración; **Evoc:** Evocación; **Denom:** Denominación; **Trad:** Traducción; **Neolog:** Neologismos; **Agram:** Agramatismos; **Sist:** Sistema; **Sem:** Semántica; **Fonol:** Fonológico; **Gram:** Gramatical; **Lect:** Lectura; **Esc:** Escritura; **Rhb:** Rehabilitación; **Ses:** Sesión; **Sema:** Semanas; **Tto:** Tratamiento; **Mant:** Mantenimiento; **Gener:**Generalización.

Grado de afectación en función del momento de adquisición.

Respecto al interrogante inicial sobre si resulta más frecuentemente afectada la lengua nativa (L1) o la lengua que se aprende (L2), podemos decir que no existe una diferencia significativa para una lengua o otra.

Los datos muestran que es más frecuente que ambas lenguas estén afectadas como ocurre en el 78,13% de los casos. *Anexos Gráfico 1.*

En los casos en que únicamente una lengua es afectada (21,87% de los casos) el 42,87% se corresponde con la afectación de la lengua nativa (L1) y el 57,14% de los casos con la afectación de la lengua aprendida (L2). *Anexos Gráfico 2.*

De forma total a lengua nativa (L1) se afecta en un 87,5% de las ocasiones y la lengua aprendida (L2) un 84,38%.

Aunque en la mayoría de los casos se produzcan alteraciones en ambas lenguas no significa que tengan el mismo grado de alteración. Sin embargo no ha sido posible realizar un análisis cuantitativo del grado de afectación ya que no todos los artículos presentaban tales datos.

No obstante los casos en los cuales se afectan ambas lenguas y que ofrecen una descripción de las alteraciones lingüísticas, nos permiten comprobar que, En un 26% se afecta más la lengua nativa (L1) y en un 43,48% se afecta más la lengua aprendida (L2). En un 30,4% de los casos la gravedad de las alteraciones del lenguaje es similar o bien no se describe. *Anexos Gráfico 3.*

Grado de afectación en función de la frecuencia de uso de una lengua.

De los casos que presentan una descripción de la frecuencia de uso un 41,18% presenta una mayor afectación de la lengua que utilizaba con más frecuencia; un 35,3% presenta una mayor afectación de la lengua que utiliza de forma

menos frecuente y un 11,76% presenta un grado de afectación similar en ambas lenguas. *Anexos Gráfico 4.*

No es posible analizar el 11,76% de los casos restantes debido a que presentan una misma frecuencia de uso o bien no describe el grado de afectación de cada lengua.

Los casos en que sólo una lengua padece alteraciones no aportan informaciones relevantes, ya que tan solo 2 del total de estos describe la frecuencia de uso por lo que los resultados permiten sacar conclusiones. No obstante, uno de ellos presenta alteración de la más utilizada y otro de la menos utilizada.

Cuando ambas lenguas se afectan, ¿coincide la tipología afásica?

Los siguientes resultados se basan en los datos de los casos en los que ambas en que ambas lenguas están afectadas y que describen la tipología del síndrome afásico. Tan solo 20 del total de casos analizados aportan ambas informaciones.

Un 80% de los casos presentan un mismo tipo de síndrome afásico en una lengua u otra, aunque como se especificó en el anterior epígrafe no implica un mismo grado de afectación. Por consiguiente un 20% de los casos en que ambas lenguas se afectan presenta una tipología afásica diferente. *Anexos Gráfico 5.*

Cuáles son los tipos de síndrome afásico más frecuentes.

El análisis de los datos en función del momento de adquisición de la lengua (L1 y L2) aporta los siguientes resultados. *Anexos Gráfico 6.*

Tanto en la lengua nativa (L1) como en la lengua aprendida (L2) la tipología de síndrome afásico más frecuente es la no fluente. El 37,5% de los casos analizados muestra este tipo de afasia para L1 y el 28,13% para L2.

La afasia mixta aparece en L1 en 18,75% de los casos y en L2 en un 25%.

La afasia global, en L1 el 3,13% de los casos y en L2 en un 9,38%.

La afasia anómica, en un 3,13% en la lengua nativa y en un 6,25% para L2.

Tan sólo en la lengua nativa (L1) se han encontrado casos de afasia de tipo comprensivo, estos se corresponden con el 6,25% de los casos.

En la lengua aprendida (L2) se han encontrado resultados de afasia transcortical sensorial en un 3,125%.

Se produce xenoloquia en 2 de los casos analizados. En uno de ellos se produce acento extranjero no reconocido, y en el otro aparece acento de la lengua nativa (L1) cuando lee palabras en la lengua aprendida (L2).

El análisis en función de la lengua de mayor uso y de menor uso en momentos previos a la lesión neurológica, aporta los siguientes resultados:

Del total de estos casos, un 11,76% muestran una misma frecuencia de uso de las dos lenguas y en ambos casos coincide en que el tipo de síndrome afásico es igual para ambas; afasia mixta y afasia motora.

La lengua utilizada con mayor frecuencia por cada sujeto antes de la lesión nos aporta los siguientes datos en cuanto a la tipología de síndrome afásico:

Un 40% presentan afasia motora; un 40% afasia de tipo mixto; un 6,66% afasia de tipo anómico; un 6,66% no presenta alteración en dicha lengua y un 6,66% no describe la tipología de síndrome afásico).

Por tanto la lengua utilizada con más frecuencia suele presentar de forma más frecuente una afasia de tipo mixto o de tipo motor.

La lengua utilizada con menor frecuencia por cada sujeto antes de la lesión aporta los siguientes datos:

Un 41,76% presentan afasia motora; un 17,64% presentan afasia de tipo mixto; el 5,88% afasia comprensiva; 5,88% afasia global; un 29,41% no presenta alteración en dicha lengua, no describe la tipología de síndrome afásico.

Por tanto la lengua utilizada con menor frecuencia suele presentar el tipo de afasia motora de forma más frecuente.

En qué dirección suele afectarse en mayor medida la capacidad de traducción.

El 34,375% de los casos analizados describen problemas en la habilidad para traducir de una lengua a otra. Este porcentaje se corresponde con 11 del total de casos analizados.

En función del momento de adquisición, el análisis de los resultados revela la siguiente información. *Anexos Gráfico 7.*

El 27,27% de los casos presentan mayor facilidad para traducir de la lengua nativa a la lengua aprendida (de L1 a L2), el 45,45% de los casos presentan mayor facilidad para traducir de la lengua aprendida a la lengua nativa (de L2 a L1) y el 27,27% de los casos presentan dificultades para traducir en los dos sentidos (tanto de L1 a L2 como de L2 a L1).

En función de la frecuencia de uso el análisis de los resultados revela la siguiente información. *Anexos Gráfico 8.*

El 62,5% tiene más facilidad para traducir de la lengua más utilizada a la menos utilizada; un 12,5% tiene más facilidad de la menos utilizada a la más utilizada (en este caso debido a los problemas de comprensión de la lengua más utilizada⁹), un 12,5% traduce con la misma facilidad en ambas direcciones y un 12,5% utilizaba de forma similar ambas lenguas por lo que no es significativa su aportación.

Interferencia o mezcla entre lenguas.

Uno de los síntomas característicos de la afasia en personas bilingües es la mezcla patológica de lenguas de forma involuntaria.

De los casos analizados un 9,38 % muestran este trastorno. Este porcentaje se corresponde con 3 casos.

En uno de los casos esta interferencia únicamente en una dirección (es preciso resaltar que es la única alteración lingüística que presenta este sujeto⁵⁾ mientras que en los otros dos casos, la interferencia sucede en ambas situaciones.

No ha sido posible analizar este aspecto en función de la frecuencia de uso ya que ninguno de los 3 casos mencionados aporta dicha descripción.

Uno de los criterios que pudiese condicionar esta mezcla de lenguas es la distancia entre ellas, es decir las similitudes o diferencias entre ellas. Por ejemplo el catalán y el castellano poseen más similitudes que el castellano y el alemán. Sin embargo, los resultados obtenidos no permiten obtener información significativa acerca de este aspecto ya que se trata de una muestra de tan solo 3 sujetos.

En uno de los casos se desconoce cuáles son estas lenguas; en otro la distancia es mínima ya que se trata de la lengua italiana y un dialecto, "friulian" y en un tercero la distancia entre las lenguas es significativa, lengua alemana y lengua francesa.

Cuantos han recibido rehabilitación logopédica.

El 43,75% de los casos han recibido rehabilitación logopédica. Este porcentaje se corresponde con 14 casos del estudio. Se desconoce si los demás casos no la recibieron o no aparece descrita en los artículos. De estos 14 casos, 2 de ellos no ofrecen descripción de la lengua en la que se lleva a cabo el tratamiento. Por lo que los siguientes datos se corresponden con 12 del total de casos analizados.

Un 66,66% recibe tratamiento en ambas lenguas. De los pacientes que reciben tratamiento en una lengua (33,33%) porcentaje que se corresponde con 4 casos, dos de ellos lo reciben en la lengua que utilizaban con más frecuencia,

uno en la que utilizaba con menor frecuencia y en el otro caso no describen la frecuencia de uso.

Los pacientes que reciben tratamiento en una sola lengua, en un 75% de los casos lo reciben en la lengua con una afectación mayor. Incluyendo este porcentaje al paciente tratado en la lengua que utilizaba con menor frecuencia.

En el 57,14% de los casos (porcentaje que se corresponde con 8 casos del estudio) el tratamiento se lleva a cabo tanto en la lengua nativa como en la lengua aprendida.

En cuanto al momento de inicio de la rehabilitación logopédica, el 64,28% de los casos en los que se describe que se recibe tratamiento del lenguaje, comienzan el tratamiento en el primer año después de la lesión neurológica pero tan sólo un 21,42% comienzan durante el primer mes. El 37,71% no describen el momento de inicio de la rehabilitación. *Anexos Gráfico 9.*

Evolución tras rehabilitación logopédica.

La evolución de los síndromes afásicos se describe en el 56,25% del total de los casos analizados, porcentaje que se corresponde con 18 casos.

Un 43,75%, como se ha comentado en el epígrafe anterior ha recibido a su vez rehabilitación logopédica, por lo que del total de los casos en los que se describe la evolución, un 77,77% ha recibido rehabilitación logopédica.

Los casos en los que la evolución sí está condicionada por la rehabilitación logopédica se corresponden con 14 del total de casos analizados. Se va a analizar la mejoría en función de dos criterios: la lengua nativa y la aprendida y la lengua más utilizada y la menos utilizada.

Siguiendo el criterio de la lengua nativa y la lengua aprendida el análisis de los datos aporta la siguiente información:

Un 42,85% muestra una mayor mejoría de la lengua nativa (L1) tras la rehabilitación logopédica. Un 42,85% presenta una mayor mejoría de la lengua aprendida (L2) tras la rehabilitación logopédica y un 14,28% muestra una recuperación similar de ambas lenguas. *Anexos Gráfico 10.*

Siguiendo el criterio de la frecuencia de uso de cada lengua antes de la lesión neurológica, contamos para el análisis con 6 casos, pues además de la frecuencia de uso deben describir la evolución tras el tratamiento logopédico. Considerando esos 6 casos como total, un 83,32% muestra una mayor mejoría para la lengua que utilizaban de forma más frecuente antes de la lesión y un 16,66% muestra una mejoría similar en ambas lenguas. Ninguno de los casos analizados muestra mejoría para la lengua que se utiliza con menor frecuencia antes del ACV. *Anexos Gráfico 11.*

El análisis de los datos muestra que la frecuencia de uso tiene una mayor implicación en la recuperación de una lengua que el hecho de ser la lengua nativa o la lengua aprendida.

De forma general, es decir, sin tener en cuenta los criterios del momento de adquisición de la lengua o la frecuencia de uso, el análisis de los 14 casos que acuden a rehabilitación muestra que un 100% obtiene algún tipo de mejoría.

Recuperación paralela o la recuperación de una lengua.

El objetivo es analizar si es más frecuente recuperar una lengua o ambas por igual, sin embargo, no es posible determinar el grado de recuperación de cada una ya que los artículos no describen tales datos. Es por esto que el análisis se ha centrado en conocer en cuántos casos la mejoría es mayor en una de las lenguas y en cuántos similar en ambas.

Para el análisis de este punto no se ha tenido en cuenta si el sujeto ha acudido a rehabilitación logopédica o no. Por lo que se cuenta con un total de 18 casos, lo que se corresponde con un 56,25% de los casos analizados.

De los 18 casos, se excluyen dos por presentar alteración de tan sólo una lengua. Por lo que de 16 casos un 93,75% presentan mayor mejoría de una lengua y un 6,25% mejoría similar para ambas lenguas. *Anexos Gráfico12.*

Es preciso destacar que este caso en concreto es un estudio que contó con 20 participantes y que el 60% sí mostró una recuperación paralela pero un 40% presentó una mayor mejoría de una de las lenguas

Por lo tanto, se considera que es más frecuente la mayor mejoría de una de las lenguas más que una recuperación totalmente paralela.

De los casos que presentan mayor mejoría para una lengua si analizamos según el momento de adquisición un 53,33% recuperan en mayor medida la lengua nativa (L1) y un 46,66% recuperan la lengua aprendida (L2).

Si lo analizamos en función de la frecuencia de uso un 66,66% recuperan en mayor medida la lengua más utilizada y el 33,33% la lengua menos utilizada.

Mejoría de una lengua con el tratamiento de otra.

Una de las cuestiones más importantes acerca del tratamiento de la afasia en personas bilingües es la posibilidad de recuperar una lengua sin que ésta haya sido directamente tratada.

De los casos que recibieron tratamiento logopédico, se produjo una mejoría de la lengua que no había recibido tratamiento en un 21.42%. *Anexos Gráfico 13.*

Sin embargo, la descripción tanto de la lengua con la que se ha llevado a cabo el tratamiento y de la evolución resulta bastante escasa por lo que es posible que este fenómeno se haya producido en más casos de esta revisión pero no aparezca su descripción.

DISCUSIÓN

El principal inconveniente al que se ha enfrentado esta revisión sistemática ha sido no poder acceder a la gran mayoría de artículos y por tanto no se han podido cumplimentar todos los datos de todos los aspectos analizados, lo cual habría concedido a esta revisión una mayor fiabilidad.

Consideramos que para solventar este problema se podría llevar a cabo un estudio con sujetos a los que se les pudiera realizar una evaluación que cumplimentase todos los datos necesarios de análisis. Para optimizar los resultados, la mitad de la muestra debería ser hablante de dos lenguas estructuralmente distantes y la otra mitad de dos idiomas semejantes; de este modo se podría analizar cómo repercute este aspecto en la afasia bilingüe y de forma especial en los fenómenos de mezcla patológica de ambas lenguas.

Localización de la lesión.

En cuanto a la representación neuroanatómica de las diferentes lenguas, Berthier et al.¹ postularon que “la L2 se organiza en el interior de la cisura de Silvio, la L1 lo hace en áreas perisilvianas más distales”¹.

A pesar de que, ninguno de los casos analizados muestra lesiones en la cisura de Silvio, los casos analizados sí muestran lesiones en áreas perisilvianas; no obstante dichos casos sufren afectación tanto de L1 como de L2.

Consideramos que dada la diversidad de áreas lesionadas de los casos analizados en esta revisión no pueden extraerse conclusiones acerca de la repercusión de la localización entre las distintas lenguas habladas por un sujeto.

Cambio en la lengua de uso espontáneo.

Uno de los aspectos más llamativos de la afasia cuando cursa en sujetos bilingües es comenzar a utilizar una lengua que apenas se utilizaba, o que se

utilizaba con una frecuencia menor en momentos previos a la lesión neurológica.

Sin embargo tan sólo 4 del total de casos analizados nos aportan información sobre la tendencia de uso espontáneo de una lengua.

Considerando estos 4 casos, observamos que el 75% presenta un cambio en esta tendencia. De estos 3 casos, dos de ellos comienzan a utilizar de forma más frecuente su lengua aprendida y uno de ellos tras la lesión comienza a utilizar de forma similar ambos idiomas.

Consideramos que aunque sólo se describa en los artículos un cambio en la tendencia de uso espontáneo en 4 de los casos, esta cifra debe ser algo mayor debido a que, como se ha explicado en epígrafes anteriores un 41,18% de los sujetos sufre una mayor alteración en la lengua que utilizaban de forma más habitual, lo cual nos hace suponer que de forma espontánea comiencen a utilizar el otro idioma que conocen para poder comunicarse.

Importancia de tratamiento logopédico.

Resulta llamativo que tan solo un 43,75% de los casos analizados haya recibido atención logopédica, pero aún resulta más sorprendente que sólo un 28,99% haya comenzado el tratamiento durante el primer año, ya que es durante los primeros meses tras la lesión cuando es mayor la posibilidad de mejora. Tampoco resulta positivo el hecho de tan solo un 9,38% haya comenzado durante el primer mes.

Para que esta revisión tuviera unos resultados más consistentes hubiese sido muy interesante contar un mayor número de casos que hubieran recibido tratamiento logopédico sobre todo para analizar cuál es la lengua en la que se decide llevar a cabo el tratamiento, y así extraer conclusiones más firmes del porqué. También, contar con más casos en los que se hubiese recibido tratamiento logopédico beneficiaría la solidez de las conclusiones acerca de cuál es la lengua que tiene un mayor tendencia a recuperarse.

Elección de la lengua de tratamiento.

La bibliografía revisada recoge varios factores que resultarían decisivos para llevar a cabo el tratamiento en una lengua u otra. Krapf ⁷ sugiere que debe llevarse a cabo en la lengua materna; Chlenov et al⁷ están a favor de realizar el tratamiento en la lengua que parezca más fácil de recuperar; Paradis⁷ considera que la elección debe depender de las siguientes variables: distancia estructural entre los idiomas, orden de adquisición, competencia para cada una antes y después de la lesión, tipo de afasia, patrón de recuperación y tipo de terapia.

Sin embargo en los casos analizados, no se contaba con el motivo de por qué se elegía una lengua de tratamiento u otra y en analizando cuál ha podido ser la elección de dicha lengua, las variables no parecen coincidir por lo que no se ha podido llegar a ninguna conclusión acerca de este aspecto.

Además de las apreciaciones que ofrecen los autores anteriores, consideramos que las condiciones del entorno son determinantes a la hora de elegir la lengua de tratamiento. Resulta lógico pensar que si su entorno más cercano es se comunica en lengua castellana (sea o no sea la lengua nativa del sujeto), la intervención se realice con el objetivo de recuperar dicha lengua y por tanto se lleve a cabo en ella. Este sería un ejemplo más de que la frecuencia de uso parece tener una mayor importancia que el momento de adquisición de los idiomas.

También, sería conveniente tener en cuenta si el sujeto padece fenómenos de mezcla patológica entre ambos idiomas, y en tal caso considerar este hecho como un objetivo de la intervención y aplicar al tratamiento las medidas oportunas.

Recuperación y patrones de recuperación de una u otra lengua.

La recuperación de una lengua o de otra, ya fuese tras un tratamiento logopédico o no; se contempló desde un primer momento bajo la dicotomía de

dos autores que desde el siglo XIX ya comenzaron a investigar acerca de este tema. Por un lado la Ley de Ribot²⁶ y por otro la Ley de Pitres²⁶.

La primera postula que la lengua que se recupera de forma más temprana es la lengua nativa mientras que la Ley de Pitres postula que es la lengua más familiar, es decir la más frecuentemente utilizada “independientemente de que sea la lengua materna”¹.

La tendencia de los resultados que se han analizado en esta revisión revela que en efecto es la frecuencia de uso el factor que parece tener mayor implicación, por lo que se corrobora la Ley de Pitres.

Pitres²⁶ postula que sólo existirá recuperación en caso de que la lesión no haya destruido las áreas del lenguaje sino que las haya inhibido de forma temporal. Sin embargo, las descripciones de los casos sobre los que se ha basado el estudio no aportan tales informaciones por lo que no se ha podido contrastar este punto.

En cuanto a los patrones de recuperación Paradis²⁶⁻⁹, describe seis patrones diferentes: “recuperación paralela, recuperación diferencial, recuperación selectiva, patrón de recuperación de tipo antagonista, índices de variación de la recuperación y patrones mezclados”.

Sin embargo, los casos analizados tan sólo han mostrado datos que se corresponden con los tres primeros: recuperación paralela y recuperación diferencial, recuperación selectiva. Además, en nuestra opinión, estos seis tipos resultan sencillos de entender de forma teórica, pero en la práctica resulta difícil comprobar qué patrón ha seguido cada sujeto.

Según Gómez-Ruiz¹ los factores causantes de recuperación no paralela son: “el orden de adquisición, la frecuencia de uso, la localización, la gravedad de la lesión, el lazo afectivo, el tipo de bilingüismo, y la distancia estructural entre los idiomas”. Sin embargo, tras el análisis de los datos, no se ha encontrado una relación significativa con la localización de la lesión, a pesar de que casi todos los artículos sí la describen. Como se ha comentado en epígrafes anteriores la distancia estructural entre los idiomas es difícil de analizar con los datos de los artículos elegidos ya que cada sujeto habla lenguas diferentes. El lazo afectivo

con cada lengua no se describe en los artículos por lo que tampoco ha sido posible analizarlo.

Además de no poder analizarse porque no se describe en los artículos, consideramos que el factor del “lazo afectivo” resulta un aspecto poco objetivo y por tanto poco significativo; considerándose también poco relevante de cara a plantear el tratamiento logopédico.

Generalización del tratamiento a una lengua que no ha sido tratada.

Los aspectos que parecen determinar la posibilidad de que una lengua no ha sido tratada mejore tras el tratamiento de otra lengua son según Edmonds et al⁸⁻¹¹ el hecho de que la lengua de tratamiento sea la lengua nativa o aprendida del sujeto o la más o menos dominante para él.

Para otros, dependen de los aspectos lingüísticos comunes en ambas lenguas, por ejemplo para Ullman et al¹¹ los aspectos sintácticos que se adquieren por vías diferentes para L1 y para L2 (memoria procesual y memoria declarativa respectivamente es probable que tengan una representación cerebral diferente de ambas lenguas. Entendemos por esto que por tanto no existiría en este caso la generalización de este aspecto de una lengua a otra cuando se adquiere por vías distintas.

Los datos analizados que muestran generalización de una lengua a otra no cuentan con el tipo de descripción necesaria para corroborar o descartar lo planteado por Ullman et al¹¹.

En cambio 2 de los 3 casos que muestran generalización de una lengua a otra coinciden en que para uno de ellos ambas son nativas y otro adquiere L2 a los 3 años de edad por lo que podría considerarse como nativa. Consideramos que esto refuerza ambas propuestas, ya que influye el hecho de ser una lengua nativa y el hecho de que ambas se adquieren, no se aprenden.

En nuestra opinión, el hecho de sea posible mejorar una lengua interviniendo sobre otra resulta muy ventajoso por varios motivos. En primer lugar, hace posible la mejoría una lengua que por su alto grado de afectación resulte complicado tratar; es decir si su nivel de lingüístico está muy alterado, le resultará más costoso, lento y frustrante realizar una actividad en ese idioma, por lo que la lengua con una menor alteración sirve como herramienta y apoyo en la recuperación de la otra. En segundo lugar poder recuperar dos lenguas “a la vez” implica una menor duración en el tratamiento logopédico; aunque como se ha especificado anteriormente es muy poco frecuente que se produzca una recuperación totalmente paralela de ambos idiomas.

Elección del criterio de análisis.

Tras el análisis de los datos de los diferentes artículos que componen esta revisión sistemática se observa que el momento de adquisición sí tiene repercusiones en diferentes aspectos de la afasia en personas bilingües, no obstante en un mayor número de ocasiones se observa que existe una mayor implicación de la frecuencia de uso, la cual parece ser determinante para algunos aspectos como por ejemplo la evolución y recuperación cada idioma.

Esta mayor implicación se hace más notoria es en la evolución de los trastornos afásicos cuando se ha recibido rehabilitación logopédica.

Analizado desde el momento de adquisición los resultados no muestran una diferencia entre la lengua nativa (L1) y la lengua aprendida (L2). Sin embargo, los porcentajes de sujetos que mejoran para una u otra lengua, analizado desde la frecuencia de uso marcan una gran diferencia y permiten sacar la conclusión de que existe un mejor pronóstico de recuperación para la lengua que se utiliza de forma más frecuente en momentos previos a la lesión neurológica.

Por este motivo consideramos que los estudios realizados previamente, así como los que se realicen en el futuro deberían al menos considerar la

frecuencia de uso de cada lengua y en nuestra opinión equipararlo en importancia al momento de adquisición de estas.

Consideramos que el hecho de que tan sólo un 53, 125% (frente al 100% que sí describe las alteraciones lingüísticas y la evolución desde el paradigma de lengua nativa o lengua aprendida) de los casos analizados describan, la frecuencia de uso de ambas lenguas; ha influido de forma negativa en los resultados de esta revisión sistemática.

El motivo de esta idea parte de que el enfoque desde el que se han analizado los datos de esta revisión sistemática equipara en importancia el momento de adquisición de las lenguas y la frecuencia de uso, sin embargo no se ha contado con el mismo volumen de información de cada uno de estos dos aspectos.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos de esta revisión sistemática se ha conseguido resolver los objetivos planteados al inicio del estudio con las siguientes conclusiones:

1- Resulta más habitual que una persona bilingüe que sufre una afasia padezca afectación de ambas lenguas en lugar de padecer una alteración en tan solo uno de los idiomas que habla.

2- La mayor afectación analizada desde el momento de adquisición de dichas lenguas revela que la diferencia entre una mayor afectación de la lengua nativa y la aprendida es ligeramente superior cuando se trata de la lengua aprendida.

Si lo analizamos desde la perspectiva de la frecuencia de uso el análisis del grado de afectación también muestra tendencia de una mayor implicación; se ha comprobado que existe una alteración en mayor medida para la lengua utilizada de forma más frecuente antes de la lesión neurológica.

3- El tipo de síndrome afásico que se presenta de forma mayoritaria para los afásicos bilingües es el tipo no fluente, siendo así tanto en todas las situaciones sometidas a análisis: para la lengua nativa, la aprendida, la utilizada de forma más frecuente y de forma menos frecuente.

4- En el momento en que ambas lenguas resultan afectadas lo más frecuente es que la tipología afásica sea la misma.

5- El fenómeno de mezcla entre lenguas no aparece de forma habitual entre los casos analizados (menos de un 10%).

6- Las dificultades de traducción, están presentes en aproximadamente un 35% de los casos. Cuando se altera la capacidad de traducción se conserva mejor la capacidad de traducir de la lengua aprendida a la lengua nativa y de la lengua más utilizada a la menos utilizada. En esta ocasión también la frecuencia de uso parece ser más determinante.

7- Menos de la mitad de los casos han recibido tratamiento en logopedia, llevándose este a cabo de forma mayoritaria en las dos lenguas habladas por el sujeto y no en una de ellas.

8- La evolución tras la rehabilitación logopédica es positiva en un 100% de los casos. Analizado desde el momento de adquisición la lengua nativa y la lengua aprendida tienen una evolución similar; sin embargo, muestra una mejor recuperación la lengua utilizada de forma más frecuente que la utilizada con menos asiduidad.

9- Lo más habitual (más de un 90%) es que el grado de recuperación sea mayor en una lengua que otra. Aunque el objetivo inicial para este aspecto era determinar la frecuencia entre la recuperación paralela y selectiva no se ha podido analizar de forma exacta puesto que la descripción de la evolución de los casos es en la mayoría de ocasiones incompleta o parca en detalles.

10- Se ha comprobado que es posible mejorar una lengua con el tratamiento de otra. No obstante apenas aparece detallada la evolución de los casos por lo que se desconoce si ocurre en alguno más y no se ha descrito o no se produce.

Por tanto, y para finalizar se ha demostrado que la frecuencia de uso de un idioma tiene una implicación mayor que el momento de adquisición de este para la afasia cuando cursa en personas bilingües. No obstante no se ha encontrado una diferencia significativa entre estos aspectos en cuanto al grado de afectación se refiere si no en cuanto a las consideraciones de la recuperación de dichas lenguas y habilidades de traducción.

A pesar de esto, consideramos que se necesitan más estudios que describan de forma más específica la clínica de cada lengua y de su evolución para obtener conclusiones más sólidas y lograr una evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

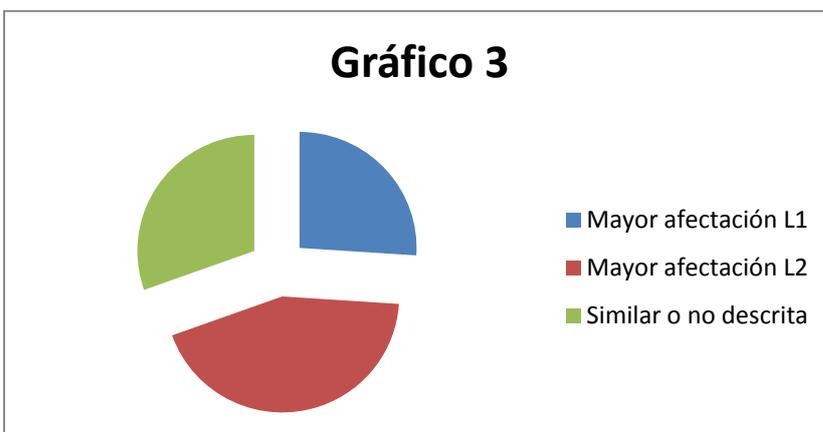
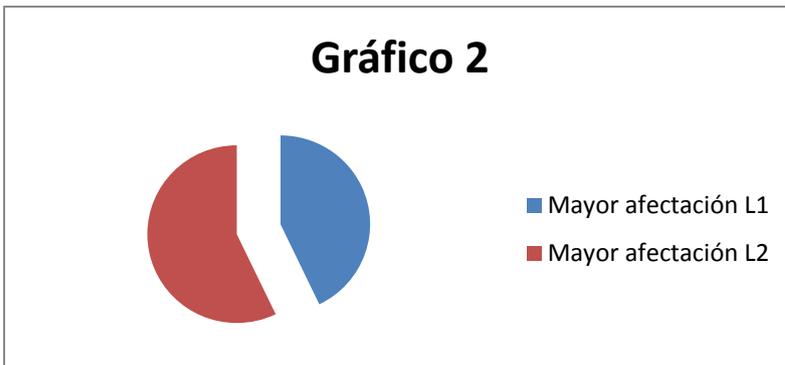
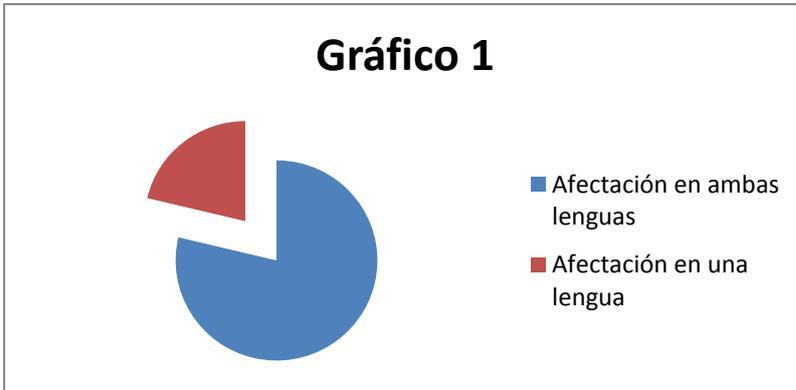
- 1- Gómez-Ruiz MI. Bilingüismo y cerebro: mito y realidad. *Neurología*. 2010; 25(7): 443-452.
- 2- Aglioti S, Beltramello A, Girardi F, Fabbro F. Neurolinguistic and follow up study of an unusual pattern of recovery from bilingual subcortical aphasia. *Brain*. 1996; 119: 1551-1564.
- 3- Eviatar Z, Leinkin M, Ibrahim R. Phonological Processing os Second Language Phonemes: A Selective Deficit in a Bilingual Aphasic. *Language Learning*. 1999; 49 (1): 121-141.
- 4- Fabbro F, Skrap M, Aglioti S. Pathological switching between languages after frontal lesions in a bilingual patient. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000; 68: 650-652.
- 5- Fabbro F. The Bilingual Brain: Bilingual Aphasia. *Brain and Language*. 2001; 79: 201-210.
- 6- Úrbez MR, Leiva MI, Santos S. Afasia y pacients bilingües; a propósito de un caso. *Rehabilitación*. 2006; 36: 176-179. [Resumen].
- 7- Gil M, Goral M. Nonparallel recovery in bilingual aphasia: Effects of language choice, language proficiency, and treatment. *International Journal of Bilingualism*. 2004; 8 (2): 191-219.
- 8- Edmonds LA, Kiran S. Effect of Semantic Naming Treatment on Crosslinguistic Generalization in Bilingual Aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2006; 49: 729-748.
- 9- Meinzer M, Obleser J, Flaisch T, Eulitz C, Rockstroh B. Recovery from aphasia as a function of language therapy in an early bilingual patient demonstrated by fMRI. *Neuropsychologia*. 2007; 45: 1247-1256.
- 10- García-Caballero A, García-Lado I, González-Hermida J, Area R, Recimil MJ, Juncos Rabadán O et al. Paradoxical recovery in a bilingual patient with aphasia after right capsuloputaminal infarction. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007; 78: 89-91.
- 11- Goral M, Levy ES, Kastl R. Cross-language treatment generalisatio: A case of trilingual aphasia. *Aphasiology*. 2007; 103(1-2): 203-204.
- 12- Hernández M, Caño A, Costa A, Sebastián-Gallés N, Juncadella M, Gascón-Bayarri J. Gramatical category-specific deficits in bilingual aphasia. *Brain & Language*. 2008; 107: 68-80.

- 13-Aladdin Y, Snyder TJ, Ahmed N. Pearls & O-sters: Selective postictal aphasia: Cerebral language organization in bilingual patients. *Neurology*. 2008; 71: 14-17.
- 14- Ibrahim R. Performance in L1 and L2 observed in Arabic-Hebrew bilingual aphasic following brain tumor: A case constitutes double dissociation. *Psychology Research and Behaviour Management*. 2008; 1: 11-19.
- 15-Ibrahim R. Selective deficit on second language: a case study of a brain-damaged Arabic-Hebrew bilingual patient. *Behavioral and Brain Functions*. 2009; 5: 17-27.
- 16-Kambanaros M. Group effects of instrumentality and name relation on action naming in bilingual anomic aphasia. *Brain & Language*. 2009; 110: 29-37.
- 17-Machado A, Rodrigues M, Simoes S, Santana S, Soares-Fernandes J. The Portuguese Who Could No longer Speak French: Primary Progressive Aphasia in a Bilingual Man. *Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2010; 22: 1.
- 18-Larner A. Progressive Non-Fluent Aphasia in a Bilingual Subject: Relative Preservation of "Mother Tongue". *Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2012; 24: 1.
- 19- Green D, Grogan A, Crinion J, Ali N, Sutton C, Price C. Language control and parallel recovery of language in individuals with aphasia. *Aphasiology*. 2010; 24(2): 188-209.
- 20-García A, Egido J, Barquero MS. Mother tongue lost while second language intact: insights into aphasia. *BMJ Case Rep*. 2010; [10.1136/bcr.07.2009.2062](https://doi.org/10.1136/bcr.07.2009.2062).
- 21-Androver-Roig D, Galparsoro-Izagirre N, Marcotte K, Ferré P, Wilson M, Anasaldo AI. Impaired L1 and executive control after left basal ganglia damage in a bilingual Basque-Spanish person with aphasia. *Clinical Linguistics & Phonetics*, Early Online. 2011; 1-19.
- 22-Green D, Ruffle L, Grogan A, Ali N, Ramsden S, Schofield et al. Parallel recovery in a trilingual speaker: the use of the Bilingual Aphasia Test as a diagnostic complement to the Comprehensive Aphasia Test. *Clin Linguist Phon*. 2011; 25: 449-512.

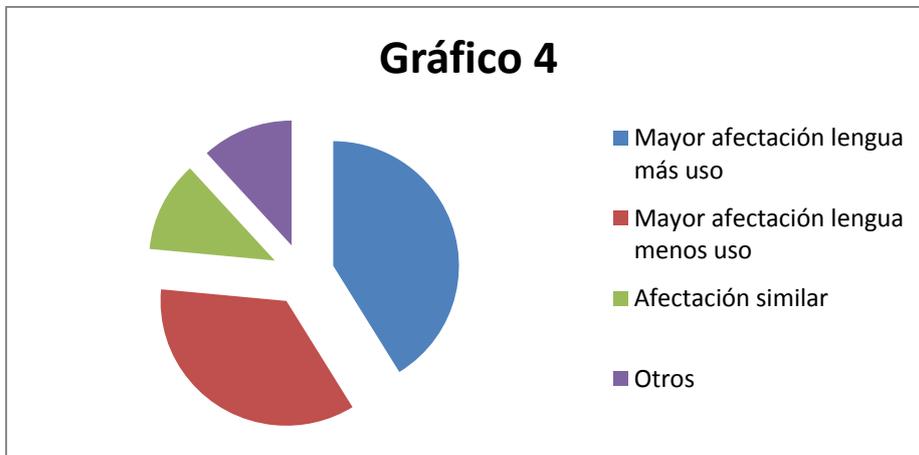
- 23-Goral M, Rosas J, Conner P, Maul K, Obler L. Effects of language proficiency and language of the environment on aphasia therapy in a multilingual.
- 24-Kiran S, Sandberg C, Gray T, Ascenso E, Kester E. Rehabilitation in bilingual aphasia: Evidence for within and between-language generalization. *Am J Speech Lang Pathol.* 2013; 22(2): 298-309.
- 25-Gray T, Kiran S. A theoretical account of lexical and semantic naming deficits in bilingual aphasia. *J Speech Lang Hear Res.* 2013; 56(4): 1314-1327.
- 26-Pearce JMS. A Note on Aphasia in Bilingual Patients: Pitres's and Ribot's Laws. *Eur Neurol.* 2005; 54:127-131.

ANEXOS

Grado de afectación en función del momento de adquisición.



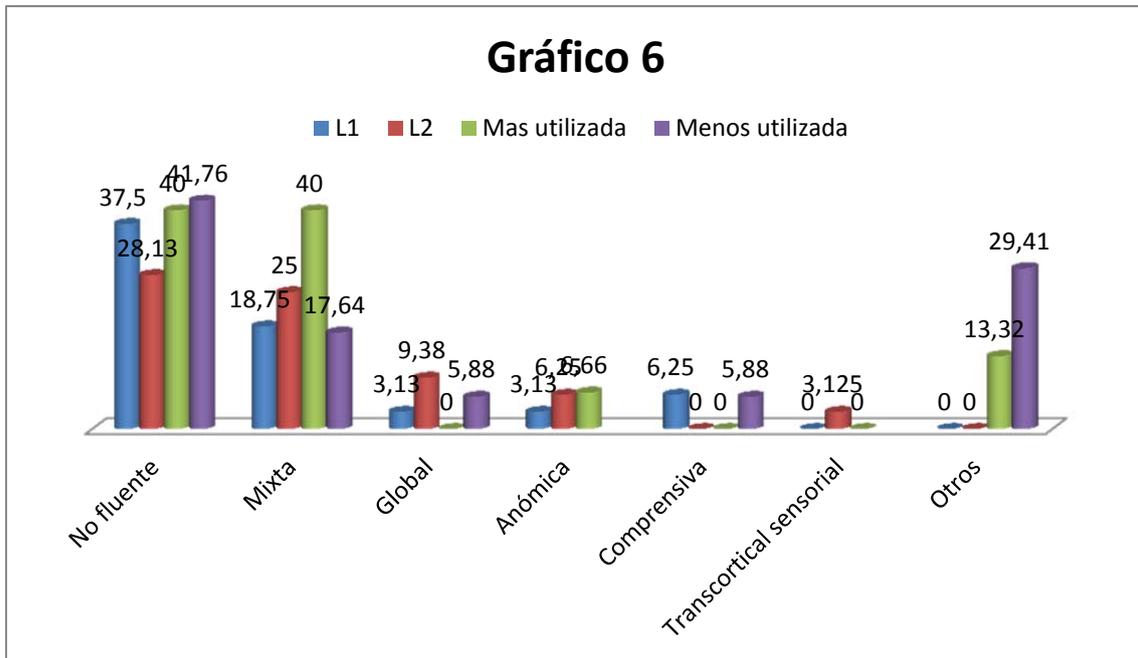
Grado de afectación en función de la frecuencia de uso de una lengua.



Cuando ambas lenguas se afectan, ¿coincide la tipología afásica?



Cuáles son los tipos de síndrome afásico más frecuentes.



En qué dirección suele afectarse en mayor medida la capacidad de traducción.

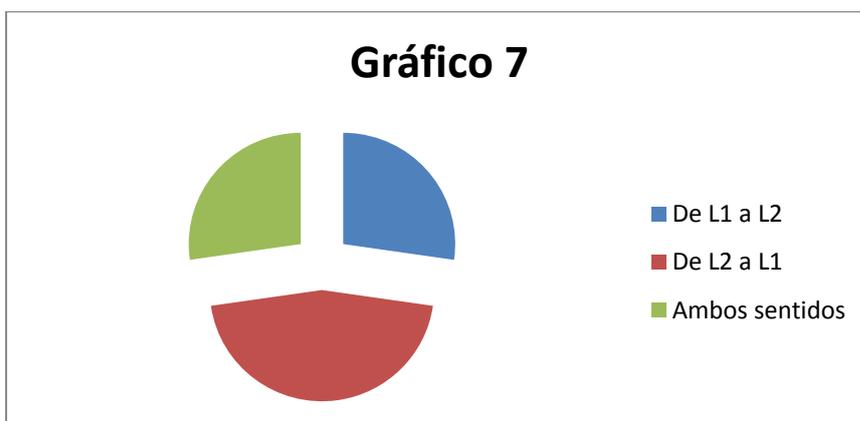
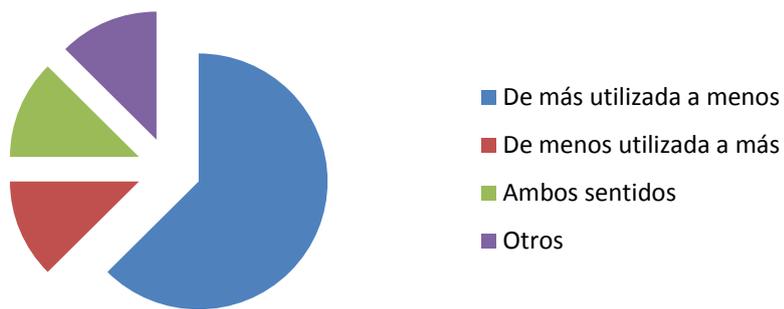
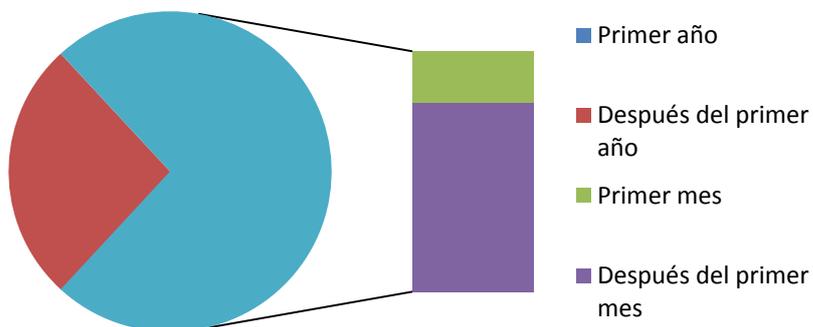


Gráfico 8



Cuántos han recibido rehabilitación logopédica.

Gráfico 9



Evolución tras rehabilitación logopédica.

Gráfico 10



Gráfico 11



Recuperación paralela o recuperación de una lengua.

Gráfico 12



Mejoría de una lengua con el tratamiento de otra.

Gráfico 13

