

---

# AFASIA BILINGÜE Y RECUPERACIÓN DE LA LENGUA AFECTADA

## BILINGUAL APHASIA AND RECOVERY OF THE AFFECTED LANGUAGE

Víctor A. Moreno Agurto  
vamoreno16@gmail.com

---

### RESUMEN

El trastorno del lenguaje ocasionado por lesión en el sistema nervioso central en una persona que habla dos idiomas es denominado afasia bilingüe y para que una persona pueda recuperar una de las lenguas influyen diversos factores. Es así que mientras algunos autores indican que la lengua materna tendría más probabilidades de rescatarse, otros señalan que sería la que se usó por más tiempo.

### PALABRAS CLAVE

Afasia, bilingüe, recuperar, lengua, idioma.

### ABSTRACT

The language disorder caused by injury to the central nervous system in a person who speaks two languages is called bilingual aphasia, and so that a person can recover one of the languages, several factors influence on it. Thus, while some authors establish that the mother tongue would be more likely to be rescued, others point out that it would be the one that was used the longest.

### KEYWORDS

Aphasia, bilingual, recover, mother tongue, language.

Hablar dos idiomas o más es común en este mundo globalizado, como consecuencia se incrementan las investigaciones por alteraciones lingüísticas en pacientes bilingües. El estudio de los diferentes tipos de afasia en pacientes monolingües es muy habitual; no obstante, cuando la lesión cerebral ocurre en personas que hablan dos idiomas el dilema es distinto porque se deben considerar diferentes factores para la recuperación de una o ambas lenguas. Para este caso, mientras que Ribot (1881) sostiene que la lengua aprendida en los primeros años es más asequible de ser recobrada, Pitres (1895) señala que la lengua que se restablece en primer lugar es la que se usó por mucho más tiempo antes de la lesión. Lo que, debido a la existencia de diferentes tipos de afasia bilingüe, se puede considerar particularmente que la lengua materna tendría mayor probabilidad de recuperarse en base a las diferentes evidencias.

En primer lugar, ser bilingüe significa la capacidad que tiene una persona de haber aprendido una segunda lengua y utilizarla en

su vida cotidiana con normalidad; es decir, con diferentes personas y contextos.

Martinell-Gispert-Sauch, Gil-Saladié y Delgado-González (1997) encuentran dos tipos de bilingüismo: combinado y coordinado; agregando, además, que la independencia de cada lengua estaría correlacionada mediante un intervalo entre el aprendizaje de la lengua materna y las otras. Por lo tanto, al hablar de bilingüismo, implica también hablar de cómo ocurre este cambio de lenguas en el cerebro. Al respecto, Paradis (2009) explica lo siguiente:

El mecanismo para pasar de una lengua a otra puede ser automático o deliberado. Cuando es automático, el cambio o mezcla de códigos están relacionados con el propio sistema lingüístico. Las estructuras neuroanatómicas implicadas serían el córtex perisilviano, los ganglios basales y el cerebelo. Sin embargo, el paso deliberado de un idioma a otro, podría depender del mismo mecanismo neuropsicológico general de elección interna que permite hablar o mantenerse en silencio. Se trataría, entonces, de una habilidad común a todos los individuos relacionada con la capacidad para cambiar de respuesta ante cualquier tipo de situación. En este caso, la decisión de utilizar un idioma determinado está relacionada con la participación de la atención y de las funciones ejecutivas, sustentadas por el córtex prefrontal y por el cíngulo anterior. (citado en Gómez-Ruiz, 2010, p. 446)

Asimismo, Hernández, Martínez y Kohnert (2000) tienen investigaciones en las cuales demuestran que los bilingües a temprana edad no utilizan áreas distintas del cerebro para cada idioma, sino que la corteza prefrontal dorsolateral se encarga de realizar el cambio de idioma ya que esta viene a ser una función ejecutiva.

Aun así, los autores consideran que la codificación de cada lengua ocurre de manera distinta en algún nivel del cerebro. Para obtener mejores resultados

sobre cómo funciona el cerebro bilingüe, se propusieron combinar técnicas de neuroimagen como la RMF (Resonancia magnética funcional), PET (Tomografía por emisión de positrones), ERP (Potencial relacionado con eventos) con técnicas conductuales. Sin embargo, Gómez-Ruiz (2010) concluye lo siguiente:

Los bilingües o políglotas no tienen un cerebro con diferentes áreas cerebrales para cada lengua, ni regiones cerebrales exclusivas. Igualmente, las funciones cognitivas clásicamente asociadas a cada hemisferio cerebral siguen siendo las mismas en todos los individuos. Opinar lo contrario sería equivalente a pensar que para aprender a escribir con un teclado nos tienen que crecer dedos nuevos en las manos. Lo que en realidad sucede es que, para aprender la nueva tarea, las articulaciones y los músculos ya existentes se combinan entre sí de formas diferentes. Evidentemente, cuanto más se practica una tarea, mejor será su ejecución final. Algo parecido sucede en el cerebro cuando se adquiere o aprende una segunda lengua. En este caso, lo más probable es que las lenguas que habla una misma persona estén representadas como subsistemas microanatómicos distintos dentro de las mismas regiones cerebrales. Estos subsistemas lingüísticos son independientes entre sí, tanto en el campo estructural como funcional. En consecuencia, tras una lesión cerebral, pueden verse afectados de forma diferente. (p. 450)

En efecto, una afasia se refiere a los trastornos o alteraciones del lenguaje ocasionados por un trauma o lesión de una o varias áreas del cerebro después de haber sido adquirida la lengua y su recuperación lingüística en pacientes monolingües suele tener un procedimiento estándar.

Por otro lado, cuando la afectación se da en una persona bilingüe los procedimientos son distintos. “La capacidad inconsciente de intercambiar

idiomas se conoce en neurolingüística como afasia bilingüe” (BBC Mundo, 2016, p. 1).

Urbez, Leiva y Santos del Riego (2002) explican que: “El paciente afásico bilingüe o multilingüe tiene reducida la competencia lingüística y una interrupción potencial en la capacidad para alternar códigos lingüísticos. Una vez instaurada la afasia, la recuperación puede seguir diferentes patrones” (p. 61).

En esta misma línea, Munarriz (2015) en su trabajo de investigación sobre cómo afecta la afasia en los bilingües, sostiene que “... no todos los componentes están por así decirlo almacenados o unidos de la misma manera en el cerebro, por eso podemos encontrar algunos aspectos afectados en una lengua, pero no en la otra” (citado en Loredó, 2015, p. 1).

Por otro lado, Martinell-Gispert-Sauch et al. sostienen que: “La lesión a nivel de los ganglios basales izquierdos, en caso de los bilingües, puede mostrar un importante deterioro de la producción del lenguaje en la lengua materna, con significativa mejor ejecución de su segunda lengua hablada más raramente” (pp. 563-564).

Hay que tener en cuenta que cuando una persona bilingüe o multilingüe tiene una afasia, ésta puede afectar a una o varias de las lenguas provocando errores de interacción al momento de comunicarse relacionándolo directamente con los procedimientos neurológicos que posibilitan usar la lengua específica a voluntad. Para ello es importante considerar los principales síntomas que suelen presentarse: cambio de una lengua a otra de manera espontánea, mezcla de palabras de diferentes lenguas en una misma oración e incapacidad de traducir de la primera a la segunda lengua y viceversa (Urjcvicalvaro, 2008).

Por consiguiente, para confirmar el cuadro afásico bilingüe, observable en ambas lenguas, Paradis (1987) diseñó el Bilingual Aphasia Test (BAT) que significa Test de Afasia para Bilingües (TAB), el cual ha sido traducido en 150 idiomas de acuerdo al equivalente cultural y lingüístico

de cada región con criterios similares que, según el idioma, puede variar en cada tarea con la finalidad de medir el nivel de afectación de las lenguas del paciente y así diagnosticar cuál podría iniciar primero la terapia de recuperación y si el tratamiento tendría consecuencias perjudiciales para alguna de ellas.

Sin embargo, Munarriz (2015) explica que “... uno de los descubrimientos con pacientes afásicos ha sido que las mejoras debido al tratamiento o a la recuperación espontánea en una lengua, también se pueden extender y generalizar a la lengua no tratada” (citado en Loredó, 2015, p. 1).

Por otro lado, cuando Pitres en 1985 dio a conocer la afasia en bilingües, despertó el interés de muchos investigadores por estudiar los casos desde ese entonces. En el blog de daño cerebral de Vithas (2016), los profesionales en el tema elaboraron una tabla - resumen de los diversos patrones de afectación/recuperación de lenguas:

- Paralela: igual afectación para todas las lenguas.
- Diferencial: diferente grado de afectación entre las diversas lenguas.
- Sucesiva: una lengua no se recupera hasta que otra no está restituida, al menos parcialmente.
- Selectiva: recuperación de una lengua más que la otra.
- Antagonista: una lengua mejora y la otra retrocede.
- Mixta: existe mezcla entre lenguas.

De ahí que en Martinell-Gispert-Sauch et al. (1997) se describan factores involucrados en la recuperación de lenguas en casos no paralelos:

De acuerdo con Pitres, la lengua más usada antes de la aparición de la afasia tendría que ser la primera en recuperarse, mientras que las lenguas menos conocidas se recuperarían de forma más lenta e incompleta.

En 1906, Ribot estableció que las lenguas adquiridas durante la infancia son más resistentes a la afasia que las aprendidas

posteriormente, puesto que la lengua materna tendría un alto significado emocional. Minkowski refiere que en los afásicos políglotas los factores emocionales o afectivos pueden significar la perduración de una de las lenguas conocidas. Según Lambert y Fillebaum, los trastornos del lenguaje en pacientes políglotas pueden depender de varios factores: secuencia en el aprendizaje de la lengua, nivel alcanzado en cada idioma y la importancia emocional en cada lengua. (p. 563)

Visto de otra manera, los patrones de recuperación muestran que el nivel de complejidad y variabilidad de las afasias bilingües es alto. Por eso las investigaciones por descifrar las condiciones en las que una lengua pueda ser recuperada antes que otras fueron bastas, considerando que ningún caso sería igual al otro. Al respecto, Paradis (1993) explica:

Cada lengua se representa en un lugar diferente y una lesión puede afectar una lengua excluyendo las otras, la existencia de un mecanismo de cambio de una lengua a otra (switch) que podría estar alterado, bloqueando el cambio en una posición o bien permitiendo cambios incontrolados por lo que la lengua no recuperada no está perdida sino inhibida. (Citado en Martinell-Gispert-Sauch et al., 1997, p. 564)

Fabbro (1999) consideró tres momentos importantes durante una afasia bilingüe: el primer mes del accidente como fase aguda de la alteración, luego entre el segundo y cuarto mes como la fase de lesión, la cual muestra con mayor claridad la relación entre el cerebro y la conducta, y finalmente, a partir del quinto mes, como la fase de evaluación, la cual debería realizarse permanentemente.

Es así que realizó un seguimiento sobre qué lengua se recuperaba primero en los pacientes afásicos bilingües llevando a cabo las investigaciones pertinentes que fueron posteriormente publicadas, hallando lo siguiente: “El 60% de

los casos presentaban un patrón de recuperación diferencial de una lengua. En concreto, el 32% de los casos recuperó mejor la primera lengua, mientras que el 28% recuperó mejor la segunda lengua” (Urjcvicalvaro, 2006, p. 1).

Los resultados obtenidos por Fabbro (1999) se pueden contrastar con las evidencias de distintos investigadores en la tesis doctoral de Almagro (2002) respecto a los casos de afasia bilingüe; por ejemplo, menciona el citado autor a Denés, describiendo un caso en 1905 donde una persona bilingüe que dominaba francés e italiano había sufrido una afasia y parálisis del lado derecho luego de un accidente cerebral, posteriormente recuperó el francés que era su lengua materna de una manera más completa.

También detalla el caso de una paciente políglota de Dimitrijevic en 1940, cuya primera lengua era la hebrea, seguidamente aprendió búlgaro en la escuela como segunda lengua y a los 34 años aprendió serbio cuando se mudó a Belgrado; luego de una lesión ella no podía hablar, solo gesticular y después de dos meses logró producir oraciones en hebreo y en búlgaro, es decir sus primeras lenguas.

Por otro lado, menciona a Minowsky con un paciente de 44 años en 1927 cuya lengua materna era el suizo, en la escuela aprendió a hablar alemán y con los años aprendió francés por motivo de trabajo; días después de sufrir hemiplejía derecha y afasia logra recuperar en primer lugar el francés, seguidamente el alemán y pasado un mes su lengua materna.

También narra el caso peculiar de una paciente de Paradis y Goldblum en 1989 que hablaba tres lenguas y luego de una intervención quirúrgica preservó dos de las lenguas y la otra tuvo una alteración; seguidamente al tiempo de ocho meses el paciente recuperó la lengua alterada y una de las que había preservado terminó alterándose.

Al respecto, cuando se habla de establecer un tratamiento a un paciente bilingüe por una lesión es importante que se consideren factores

fundamentales como el hecho de que la lengua materna es más resistente a este tipo de afasia, agentes emocionales podrían hacer perdurar una lengua, y el nivel de automatización; la lengua más usada podría recuperarse primero, una lesión grave produce una recuperación selectiva y la evaluación e inicio de la estimulación psicolingüística (Pitres, 1895).

Por otra parte, se suman otros factores responsables de una recuperación no paralela como son: extensión y localización de la lesión, orden en que adquirió cada lengua, frecuencia y grado de dominio, tipo de bilingüismo y distancia estructural entre los idiomas aprendidos (Gómez-Ruiz, 2006).

Además, Pitres (1895) explica que la lengua que haría los esfuerzos de activarse primordialmente sería aquella que haya realizado mayores conexiones neuronales en su contexto, sea la materna durante toda su infancia o la lengua que usó más tiempo; lo cual conllevaría a la otra lengua a un debilitamiento de sus funciones lingüísticas, por lo que se encontraría inhibida o desactivada temporalmente. Paradis (2004) en cambio formula las siguientes hipótesis:

Lesiones producidas en estructuras temporales y áreas de asociación del HI estarán asociadas con una mayor dificultad para utilizar la lengua que menos se usa (L2) o aprendida a una edad adulta, y lesiones que dañen los circuitos fronto basales del HI afectarán, sobre todo, al uso de la lengua que más se usa o que se adquirió en primer lugar (L1), así como a la L2, si esta se aprendió de forma paralela a la primera y su dominio por el hablante es alto. (Citado en Gómez-Ruiz, 2010, p. 450)

Recogiendo lo más importante, se ha discernido respecto a que los cambios de lengua en el cerebro para hablar otro idioma no se refieren a una sola zona en particular sino también a través de la unión de estructuras adyacentes al área de Broca y Wernicke que colaboran en recoger, procesar y expresar lo que uno piensa en un segundo

idioma; asimismo, una lengua inhibida podría deberse a que no hubiese alcanzado el umbral de activación por algún tipo de debilitamiento. Es así que cada caso debe observarse con un enfoque neuroanatómico, neurofisiológico y/o neuropsicológico debido al amplio abanico de factores a considerar para iniciar un tratamiento de recuperación de la lengua afectada.

Ahora bien, se debe enfatizar que nuestro cerebro inicia sus primeras conexiones nerviosas con la primera lengua desde la infancia, la cual colabora en solidificar las redes neuronales a lo largo de su uso funcional en el tiempo porque el pensamiento se verbalizaría primero en dicha lengua, la que a la vez; inevitablemente, influenciaría en cualquier aprendizaje en una segunda lengua y que, de acuerdo a los casos y estadísticas presentadas, se puede percibir una tendencia a recuperar la primera; sin embargo, no se puede evitar casos en los que la lengua recuperada no fue la materna, probablemente porque el tiempo de uso en la infancia fue muy corto.

## CONCLUSIONES

Se podría decir, entonces, que la lengua empleada por mayor tiempo a lo largo de la vida se encuentra en un proceso más automatizado ya que para el caso de la lengua que se use menos realizaría un procedimiento mucho más consciente, aun así es importante la recuperación de ambos idiomas para volver a desarrollar la capacidad lingüística que había obtenido la persona; y aun cuando en la mayoría de los casos el idioma materno suela ser el primero en la infancia y/o se hable por más tiempo antes que otra lengua, se puede apreciar que la lengua de recuperación sigue siendo todavía un tema complejo.

Debido a factores de emigración en varios países y de globalización en los mercados no ha de sorprender que, en los próximos años, los estudios sobre el bilingüismo vayan en aumento con nuevos giros y luces sobre cuestiones sin resolver respecto a las alteraciones lingüísticas y su recuperación en pacientes que hablan dos o más idiomas.



## REFERENCIAS

- Almagro, Y. (2002). *Estudio del componente léxico y morfosintáctico en pacientes afásicos bilingües del catalán y del castellano. Capítulo III: Afasia y bilingüismo*. Tesis doctoral. Barcelona, España: Universitat Rovira y Virgili.
- BBC Mundo (2016). *El síndrome del idioma extranjero: "Me desperté de un coma y sólo podía hablar chino mandarín"*. Recuperado de: [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160322\\_salud\\_lenguaje\\_neurolinguistica\\_sindrome\\_idioma\\_extranjero\\_afasia\\_bilingue\\_lb](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160322_salud_lenguaje_neurolinguistica_sindrome_idioma_extranjero_afasia_bilingue_lb)
- Fabbro, F. (1999). *The neurolinguistics of bilingualism: An introduction*. Hove, England: Psychology Press/Taylor & Francis (UK).
- Hernández, E., Martínez, A. y Kohnert, K. (2000). In Search of the Language Switch: An fMRI Study of Picture Naming in Spanish-English Bilinguals. *Brain and Language*, 73, pp. 421-431.
- Gómez-Ruiz, M. (2010). Bilingüismo y cerebro: mito y realidad. *Neurología*, 25(7), pp. 443-452.
- Gómez-Ruiz, I. (2006). *Alteración del lenguaje en pacientes bilingües*. Barcelona, España: Hospital General de L'Hospitalet.
- Loredo, A. (2015). *Afasia y bilingüismo, cómo afecta esta patología a los hablantes de dos idiomas*. España: Aprendemas.com. Recuperado de: <https://www.aprendemas.com/es/blog/idiomas-y-comunicacion/afasia-y-bilinguismo-como-afecta-esta-patologia-a-los-hablantes-de-dos-idiommas-61798>
- Martinell-Gispert-Sauch, M., Gil-Saladié, D. y Delgado-González, M. (1997). Afasia en un políglota: descripción y evolución neuropsicológica. *Revista de Neurología*, 25 (138), pp. 562-565.
- Paradis, M. (1993). *Evaluación de la afasia en los bilingües*. Barcelona, España: Masson.
- Paradis, M. (1987). *La evaluación de la afasia bilingüe*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Pitres, A. (1895). Etude sur l'aphasie chez les polyglottes. *Rev Med*, 15, pp. 873-899.
- Ribot, T. (1881). *Les maladies de la mémoire*. Alcan, París.
- Urjevalvaro (23 de mayo de 2008). *Bilingüismo y afasia* [Blog de Pensamiento y lenguaje]. España: Madrid, Universidad Rey Juan Carlos, Vicalvaro. Recuperado de: <http://urjevalvaro.blogspot.es/1211528220/bilinguismo-y-afasia/>
- Urbez, M., Leiva, M. y Santos del Riego, S. (2002). Afasia y pacientes bilingües: a propósito de un caso. *Rehabilitación (Mad)*, 36 (3), pp. 176-179.
- Vithas (18 de abril de 2016). *Bilingüismo y alteraciones del lenguaje tras el daño cerebral* [Blog de daño cerebral]. España. Recuperado de: <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/bilinguismo-y-alteraciones-del-lenguaje-tras-el-dano-cerebral/>

Fecha de presentación: 17-09-2019

Fecha de aceptación: 02-10-2019