

VALOR DE LA ANAMNESIS EN LA FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS Y DEL PRONÓSTICO DEL PACIENTE AFÁSICO

Dra.N.Graciela Geromini

Doctora en Fonología

A.D.I.N.A Rosario

INTRODUCCIÓN

El paciente portador de patología neurolingüística presenta una problemática múltiple, por ello es necesario que junto con la función del lenguaje sean estudiadas las otras funciones cerebrales superiores: gnosias y praxias y los códigos organizados a partir de ellas mediante el aprendizaje pedagógico: códigos lectoescrito, matemático y cálculo. También se hace necesario evaluar la función mnésica (memoria inmediata y mediata). De este modo, es posible arribar al diagnóstico neuropsicológico del cual forman parte los diagnósticos clínico y fisiopatológico del lenguaje.

Es obvio que para poder iniciar el tratamiento de un paciente con trastornos neurológicos del lenguaje y / o de la actividad gnósico - práxica y / o de los códigos lectoescrito, matemático y del cálculo, primero es necesario saber qué tiene y por qué lo tiene. Sin los diagnósticos clínico y fisiopatológico y el establecimiento de los grados de severidad del síndrome, no es posible encauzar con exactitud los esfuerzos terapéuticos.

El diagnóstico neuropsicológico es complejo puesto que aspira a obtener cuatro diagnósticos interrelacionados: tres vinculados a las funciones cerebrales superiores (lenguaje, gnosias y praxias) y uno relativo a los códigos que se organizaron a partir de ellas (lectoescrito y matemático). El diagnóstico, como

*Trabajo publicado en *Fundación Dr. J. R. Villavicencio*. Anuario N° 12: 104-108; 2004

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) - ARGENTINA

www.adinarosario.com

www.adinarosario.com.ar

proceso del conocimiento, comienza con la entrevista de admisión del paciente y la realización de la anamnesis.

ENTREVISTA DE ADMISIÓN

Desde la admisión del paciente se hace necesario recabar antecedentes que permitan establecer lo más claramente posible la situación en la que se encuentra. El diagnóstico médico, es decir, determinar con precisión la naturaleza y ubicación de la lesión, por ejemplo, tipo de ACV y territorio que compromete, se hace siempre en forma satisfactoria y en el momento oportuno. Lo que no siempre se realiza a tiempo y bien es el diagnóstico de la desorganización del lenguaje y mucho menos aún el diagnóstico de las características generales del paciente, de su personalidad, del modo en que vive su enfermedad y de la situación familiar, laboral y social (1). Estos aspectos raramente son estudiados a pesar de ser factores de peso en el pronóstico.

El protocolo que se presenta a continuación, que es sugerido y está abierto a todos los aportes que sean indicados por la práctica, se basa en observaciones efectuadas por la autora, desde 1970, durante diferentes alternativas de la atención de pacientes adultos con trastornos neurolingüísticos y en las preentrevistas propuestas por R.Chapey (2).

Es un cuestionario flexible que debe aplicarse con la elasticidad necesaria para poder adaptarlo a las características individuales de cada paciente. No todas las preguntas que lo conforman son aplicables en todos los períodos de la enfermedad y, tampoco es posible efectuarlo de igual modo en todos los casos. En algunos, será necesario

fraccionarlo y en otros profundizarlo o profundizar algunas de las secciones.

Mediante una anamnesis de las características que aquí se exponen, se recoge un conjunto de datos que permite conocer los antecedentes y características de la alteración lingüística, la posible asociación de trastornos de las otras funciones cerebrales superiores, los riesgos potenciales de peoría, distintos aspectos personales, familiares y sociales que hacen a la historia individual del paciente y las repercusiones psicológicas que tiene la enfermedad en el afásico y en la dinámica familiar. En otro orden de cosas, aporta datos de interés para la planificación terapéutica y su instrumentación. Igualmente, brinda los elementos para efectuar las hipótesis diagnósticas y fijar una hipótesis acerca del pronóstico.

ANAMNESIS

Consignar: Datos personales del paciente y profesionales tratantes.

I - Antecedentes previos a la instalación de la patología neurolingüística y de los distintos períodos de la afección

Especificar:

I.1) Cómo se instaló el síndrome neurolingüístico.

I.2) Si hubo síntomas en los meses precedentes del tipo de:

a) Pérdida transitoria de la conciencia, de la comprensión verbal, de la elocución o de la visión.

b) Episodios de: confusión, desorientación, alteraciones de la memoria, convulsiones, cefaleas u otros.

c) Si los hubo, mencionar cuál fue la conducta adoptada por el paciente y por su familia en lo relativo a la realización o no de consultas médicas.

II- Condiciones generales previas de salud

Detallar la existencia de enfermedades asociadas que pueden limitar los objetivos y el desarrollo de la rehabilitación (3) y de factores de riesgo a la recurrencia del ACV (4), cuando ésta es la etiopatogenia de los trastornos, tales como:

a) Antecedentes de ACV previos, hipertensión arterial, arteriosclerosis cerebral, cardiopatías, obstrucción de las arterias del cuello, diabetes, alto nivel de lípidos o de grasas en sangre, coagulación sanguínea excesiva, alcoholismo, medicación del tipo de los anticonceptivos, tabaquismo y obesidad.

b) Consignar la existencia de cirugías de importancia: tipos y fechas.

III- Etiología (5,6)

A- Vascular: ACV

Indicar el tipo de ACV:

A.a) Isquémicos

a.a) *Trombóticos*: Arterioscleróticos, inflamación vascular, post-traumáticos, otros

a.b) *Embólicos*: Arterioscleróticos, cardiogénicos, otros.

a.c) *Sistémicos*: Oxigenación o bombeo sanguíneo inadecuado.

A.b) Hemorrágicos intracerebrales

b.a) *Hipertensivos*: Por defecto vascular, hemorragia secundaria, en el infarto isquémico, otros

b.b) *Hemorrágicos*: Subaracnoideos: aneurismas (rupturas), malformaciones arteriovenosas, otros.

B-Traumática

Traumatismos no quirúrgicos y quirúrgicos

C-Tumoral

Glioblastomas, meningoexoteliomas, metástasis, astrocitomas, astroblastomas.

D- Infecciosa

D.a) Paquimeningitis interna

D.b) Leptomeningitis agudas, subagudas y crónicas

D.c) Encefalitis, abscesos cerebrales, parasitosis.

E-Abiotrófica y degenerativa

E.a) Enfermedad de Pick

E.b) Enfermedad de Alzheimer

E.c) Demencia paralítica de Lissauer

E.d) Demencia arteriosclerótica

E.e) Demencia senil

E.f) Hidrocefalia con presión intracraneana normal (Síndrome de Hakim y Adams).

IV- Instalación, localización y extensión de la lesión

IV.a) Fecha y modo de instalación de la lesión

IV.b) Localización: cortical, subcortical

IV.c) Extensión: zonas que abarca

IV.d) Tipo de lesión: estable o evolutiva

IV.e) Consignar el resultado de los estudios diagnósticos por imágenes

V- Si hubo internación

Mencionar dónde estuvo o está internado el paciente, tiempo de cuidados intensivos, tiempo de internación en sala común y fecha de externación.

VI- Tratamientos que recibe y que recibió

Especificar cuáles:

VI.a) Médico, farmacológico

VI.b) De rehabilitación:

Tratamientos kinésico, de terapia ocupacional, psicológico, del lenguaje.

En el caso de las terapias lingüísticas especificar si se efectuó el diagnóstico oportuno, sobre la base de qué metodología fue instrumentada y forma de administración: frecuencia y duración de las sesiones. En los ACV indicar en qué período se inició.

VI.c) Indicar si la familia recibe o recibió orientación psicoterapéutica.

VII- Repercusiones actuales de la afección neurológica

A-Trastornos lingüísticos

Mencionar:

A.a) Características y gravedad del cuadro inicial

A.b) Características actuales del déficit lingüístico

A.b.a) ¿Cómo se comunica?: con gestos, mímica y / o vocalizaciones y / o recursos lingüísticos deficitarios.

A.b.b) Si puede expresarse: ¿qué dificultades tiene?: articulatorias, sintácticas, de ordenamiento semántico, sustituye una palabra por otra o partes de una palabra, no logra decir las palabras precisas, produce palabras ajenas al inventario del idioma.

A.b.c) ¿Se le entiende lo que dice?: Ocasionalmente, generalmente, siempre.

A.b.d) ¿Comprende lo que se le dice?: Ocasionalmente, generalmente, siempre.

A.b.e) Si tiene dificultades para comprender cuando se le habla, consignar qué logra comprender: palabras aisladas, frases simples, oraciones de estructura sintácticas - gramatical simple o compleja ¿Tiene variaciones en la comprensión durante el día o según el medio en el que se encuentre? (familiar, laboral, social). Especificar.

Señalar con qué miembro del núcleo familiar logra mejor comunicación. De no ser con un miembro del núcleo familiar ¿con quién?: amigos, allegados, etc.

B-Trastornos de los códigos lectoescrito y matemático

B.a) Si puede leer, indicar qué logra comprender: subtextos, textos de contenidos explícitos, oraciones de estructuras sintácticas - gramaticales complejas, oraciones simples o palabras aisladas.

Mencionar otras alteraciones que tengan repercusión sobre la lectura comprensiva, por ejemplo, porque necesita releer varias veces porque se olvida o por restricciones en el campo visual (hemianopsia). Especificar.

De ser posible, recabar datos sobre la lectura automática: presencia de sustituciones, omisiones y / o agregados de grafemas, sílabas, palabras.

B.b) Si puede escribir consignar qué logra escribir espontáneamente: su nombre, nombres de familiares, oraciones, párrafos.

Además, determinar si puede copiar y / o escribir al dictado. Indicar qué características tiene la escritura automática (grafismo y ortografía): ¿reemplaza,

agrega, reitera u omite: grafemas, sílabas, palabras y nexos gramaticales? ¿Puede reproducir los grafemas?

B.c) ¿Tiene dificultades para manejar el dinero? ¿Cuáles?

¿Qué operaciones logra?: suma, resta, multiplicación y / o división. Ninguna

Si puede resolver situaciones problemáticas, especificar qué tipo de relaciones lógicas puede comprender: simples, complejas explícitas, complejas implícitas.

C-Trastornos gnósico - prácticos

C.a) Mencionar si puede reconocer: ruidos, sonidos familiares, melodías, piezas musicales, colores, fotografías de familiares y allegados, láminas, letras.

C.b) Si tiene dificultades para ubicarse espacialmente, indicar si se le manifiestan: en el hogar, en otros lugares conocidos por el paciente, en la calle.

C.c) Especificar si logra organizar movimientos simples y complejos como: saludar, dar la mano, dar un beso, afirmar, negar, doblar un papel, abrir y cerrar la puerta, un sobre, afeitarse, peinarse, cepillarse los dientes, lavarse, secarse, manejar los cubiertos, vestirse, etc.

En este ítem se tendrá especial cuidado de deslindar las dificultades provocadas por parálisis, pasesias u otros trastornos.

D- Otros trastornos asociados

Señalar si existen: Trastornos de la memoria, hemiplejía (u otros), hemiparesia, trastornos de la deglución, de la respiración, modificaciones de las propiedades físicas de la voz, trastornos visuales (fundamentalmente hemianopsia) y auditivos posteriores a la afección neurológica.

Puntualizar si existieron trastornos visuales o auditivos previos a la enfermedad neurológica.

E- Repercusiones psicológicas

E.a) ¿Cómo reacciona el paciente frente a la enfermedad?: Se siente o se muestra: ansioso, triste, angustiado, enojado, irritado, agresivo, hostil, desinteresado, apático, pasivo, aislado, abandonado, autoritario, exigente, dependiente, regresivo, avergonzado, egoísta, indiferente, ausente, eufórico, terco, independiente.

E.b) ¿Qué modificaciones notorias de su carácter pueden mencionarse?

E.c) Si llora, especificar si lo hace: con frecuencia, sólo ante las dificultades que le provocan sus limitaciones lingüísticas y / o físicas, sin motivo aparente. Si nunca lloró luego de la pérdida de funciones también consignarlo.

E.d) ¿Se deprime? ¿Tiene antecedentes de estados depresivos?

E.e) ¿Se ha modificado el ritmo del sueño? Si es así: ¿Padece insomnio o duerme demasiadas horas?

E.f) ¿Ha perdido el apetito?

E.g) ¿No toma conciencia de sus limitaciones actuales?

E.h) ¿Tiene tendencia al negativismo?

VIII- Características generales de la personalidad premórbida

Rasgos sobresalientes de su personalidad: indicar si fue egoísta, pesimista, ciclotímico, realista, negador, autoritario, dominante, dependiente, exigente, perfeccionista, optimista, etc.

IX- Actividades del paciente: actuales y precedentes

IX.a) *Laborales*: Especificar si estaba jubilado o en actividad en el momento de instalación de la patología neurolingüística, qué trabajo realiza o realizaba, cambios de trabajo: motivos, si el trabajo que realiza o realizaba es de su agrado.

IX.b) *Hobbies, gustos e intereses*: Consignar si tiene algún hobby, cómo le gusta pasar el tiempo libre, que actividades recreativas son de su preferencia, qué temas son de su interés.

X- Situación personal, familiar y laboral del paciente en el momento de instalación de la enfermedad

Aclarar si la instalación de la enfermedad coincidió con cambios estructurales en las relaciones familiares, laborales o personales del paciente.

XI- Situación familiar en el momento de instalación de la enfermedad

Indicar si la instalación de la enfermedad coincidió con cambios de importancia en la familia, por ejemplo, alejamiento de los hijos, pérdidas de familiares cercanos, modificaciones importantes en la situación económica, pérdida del empleo, separaciones, etc.

XII- Composición del núcleo familiar

Consignar datos personales del o de la cónyuge, años de casados.

Acercar de los hijos, tomar datos personales y ocupación y, en el caso de los hijos mayores, aclarar si conviven con el paciente. Si alguna otra persona convive con el paciente, tomar sus datos personales y mencionar su actividad.

XIII- Niveles de instrucción

Del paciente, de su cónyuge, de los hijos y de quienes convivan con él.

XIV- Datos de otros familiares

Precisar los datos personales y ocupaciones de otros familiares que habitualmente se vinculan con el paciente aunque no convivan con él (progenitores, hermanos, nietos, etc.).

XV- Relaciones de preferencia del paciente dentro y fuera del núcleo familiar

Mencionar cuáles son y si mantiene las relaciones extra familiares y con sus amigos.

XVI- Características generales de las actitudes, de quienes conviven con el paciente, frente a la enfermedad

Interesa aquí recoger datos acerca de cómo se sitúa y cómo es situado el paciente en el núcleo familiar.

XVI.a) Vivencias del paciente frente a la enfermedad específicamente frente a las pérdidas que le ha ocasionado, repercusiones que éstas tienen en la familia. Vivencias e interpretaciones de la familia.

XVI.b) Actividades para las cuales es asistido: ¿Sólo para las que necesita asistencia? ¿También para otras que puede realizar solo? ¿Es estimulado para la independencia? ¿De qué forma? ¿Se lo espera para todo aquello que el paciente puede hacer solo pero lentamente por sus

dificultades? Por ejemplo: ¿La familia puede esperarlo cuando necesita comunicarse? ¿Es estimulado para poder hacerlo? ¿Se le ayuda a concretar la comunicación? ¿Cómo?

XVI.c) ¿Se le transmiten los acontecimientos familiares cotidianos? ¿Se lo sigue consultando para aquellos aspectos familiares que fueron de su incumbencia? ¿Algún integrante del núcleo familiar se ocupa de las actividades familiares que fueron de competencia del paciente? ¿Quién lo hace?

XVI.d) ¿Con quién duerme? Consignar si hay modificaciones en este sentido desde la instalación de la enfermedad.

XVI.e) Especificar cómo pasa el paciente su tiempo libre. Con quién o con quiénes de la familia comparte el tiempo libre y / o actividades recreativas.

XVI.f)Cuál es la conducta predominante de su familia: sobreasistencia, sobreprotección, indiferencia, rechazo, exclusión del paciente, recriminaciones, incomprensión de la situación del paciente, aceptación y adaptación a la nueva situación, estimulación para la readaptación. Otras.

XVII- Información recibida

Por el paciente y por su familia acerca de la rehabilitación, de sus alcances, duración y pronóstico de las discapacidades actuales.

XVIII- Existencia de limitaciones

Para la realización simultánea de los tratamientos pertinentes por dificultades económicas o de otra naturaleza.

SUGERENCIAS PARA SU APLICACIÓN

Los datos aportados por este cuestionario, sirven de base a la anamnesis e incluye, como ya se dijo, un conjunto de áreas que exceden al lenguaje. La mayoría ellos pueden ser aportados, excepcionalmente por el mismo paciente, frecuentemente por el paciente y la familia o sólo por esta última. Para otra clase de información, como por ejemplo, la existencia de factores de riesgo, etiología, localización y extensión de la lesión se necesitará de la información proveniente de los médicos tratantes.

También puede ocurrir que algunos de los ítems sólo puedan ser completados por el terapeuta del lenguaje luego de un tiempo de observación que le permitirá un conocimiento más preciso del paciente y de la dinámica familiar. Tal es el caso, por ejemplo, de la información que se busca en el punto XVI.

Podría decirse, que esta entrevista no ofrece dificultad para su desarrollo en los aspectos que arbitrariamente se calificarán de "orgánicos" y los que brindan datos sobre el trabajo y la composición familiar.

Las dificultades se encuentran ante el intento de incursionar sobre los aspectos psicológicos del paciente, de sus familiares directos y sobre la dinámica familiar desde la instalación de la afección. Éstos son, precisamente, los aspectos que suelen interferir más fuertemente en el transcurso del tratamiento (7, 8, 9). Las preguntas dirigidas a obtener información acerca de ellos, deberán formularse con prudencia y en el momento en que sea oportuno ya que no siempre es posible hacerlas en la primera entrevista.

De igual modo, es fundamental la observación aguda y minuciosa de las conductas del paciente y de su núcleo familiar para aportar datos relevantes en este sentido. No es infrecuente que se presenten resistencias para lograr información al respecto quedando la verdadera situación encubierta por otras, tal es el caso, por ejemplo, de los sentimientos de hostilidad y rechazo por parte de la familia, que subyacen a las conductas sobre protectoras (10).

CONCLUSIONES

La información que se obtiene con la anamnesis conduce a las hipótesis diagnósticas las cuales quedan incluidas en la del pronóstico. En lo relativo a este último, cuya hipótesis también se elabora desde la anamnesis, se recordará que tienen mejor pronóstico (11): los pacientes de menor edad, las patologías neurológicas involutivas o estables, el síndrome anártrico (afasia de expresión de la nomenclatura clásica) que el síndrome afásico, por la desorganización que se produce del lenguaje interno (afasia de comprensión de la nomenclatura clásica), los síndromes puros que los combinados (afasia mixta de la nomenclatura clásica), los síndromes con predominio inhibitorio

que los de predominio excitatorio (tono de la neurodinámica cortical).

También constituyen factores importantes en el pronóstico, la personalidad pre mórbida: los pacientes que no son depresivos o melancólicos o que no desencadenan reacciones catastróficas tienen mejor pronóstico; el nivel de instrucción o cultural alcanzado, no por el caudal de conocimientos sino por la posesión de hábitos de trabajo intelectual.

Las orientaciones de las terapias lingüísticas puesto que, las que se dirigen a los síntomas y no a los procesos fisiopatológicos subyacentes, son nocivas porque pueden generar la consolidación de síntomas.

El rol que juegan el medio social, económico y familiar porque este paciente necesita y depende mucho de la comprensión y de la colaboración de la familia.

Finalmente, las carencias económicas limitan notablemente las posibilidades de atención integral, *éste es un problema aún sin resolver.*

Referencias Bibliográficas

1. AZCOAGA JE. La atención del paciente afásico. Editorial del Boletín Informativo de APINEP 1981; Año IV; 30: Página 2
2. CHAPEY R. The Assessment of Language Disorders in Adults. In: CHAPEY R. **Language Intervention Strategies in Adult Aphasic**. Baltimore: Williams & Williams, 1981; 67-80.
3. AZCOAGA J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología)**. 3^{ra} ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1985; 331 - 348
4. STEIN SC. Medical Management of Cerebral Accidents. In: CHAPEY R. **Language Intervention Strategies in Adult Aphasic**. Baltimore: Williams & Williams, 1981; 15-29.
6. AZCOAGA J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología)**. 3^{ra} ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1985; 204 - 239
7. STEIN SC. Medical Management of Cerebral Accidents. In: CHAPEY R. **Language Intervention Strategies in Adult Aphasic**. Baltimore: Williams & Williams, 1981; 15-29.
8. GEROMINI, NG. El equipo multidisciplinario en la rehabilitación del afásico. Relato oficial. 1er. Encuentro Argentino de Afasiología. III Jornadas Marplatenses de Rehabilitación del Afásico. Mar del Plata, Argentina, 7 al 9 de mayo de 1987.
9. GEROMINI NG. Modalidades de prevención en la afasia. Reversibilidad del trastorno lingüístico. Simposio: Diagnóstico y prevención en afasia y déficit de la atención. 1er. Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. VIII Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P. San Martín de los Andes, Argentina, 2 y 3 de mayo de 1997.
10. AZCOAGA JE. La atención del paciente afásico. Editorial del Boletín Informativo de APINEP 1981; Año IV; 30: Página 2
11. PONZIO J, DEGIOVANI R. Sobre algunos comportamientos observados en el afásico y su familia. En: PONZIO J, LAFOND D, DEGIOVANI R, JOANETTE Y, **El afásico. Comunicación y daño cerebral**. Buenos Aires: La Colmena, 1991; 107-115.
12. AZCOAGA J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología)**. 3^{ra} ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1985; 319 - 330