

# MODALIDADES DE LA PREVENCIÓN EN LA AFASIA. APROXIMACIÓN AL PROCESO DIAGNÓSTICO DE LA PERSONA AFÁSICA ♦

Elena N. Peralta de Resquín †

Psicóloga

## *De la autora*

*Profesora de Psicología y Psicóloga egresada de la Universidad Nacional de Rosario, de fecunda actividad docente que desempeñó en distintos ámbitos incluido el universitario. Miembro de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP) donde también aportó como docente a la formación de profesionales. Asimismo, la Filial Rosario de la Asociación para la Asistencia e Investigaciones Neurológicas, Psicológicas y Psicopedagógicas (APINEP) la contó entre sus colaboradores en los seminarios regulares de diferentes áreas de la Neuropsicología como así también en la organización de las Primeras Jornadas Nacionales de APINEP efectuadas en la ciudad de Rosario (Argentina) el 28 y 29 de agosto de 1986.*

*Su profunda preocupación por la repercusión psicológica de las patologías neurológicas del lenguaje, particularmente de aquellas que cercenan total o parcialmente la capacidad de comunicarse verbalmente, nos dejó valiosas contribuciones del tenor de la que se presentará a continuación.*

## INTRODUCCIÓN

### La persona afásica

Es una persona que en mayor o en menor grado, ha padecido de un "tremendo efecto desestructurante del cuadro neurológico (8). "Al que otros síntomas se van asociando y tejiendo una

red compleja, al principio un tanto imperceptible, de origen psicológico. Pareciera que la organicidad se asociara, para conformar una perspectiva psicopatológica de intensidad variable e individual". La brusca desestructuración del S.N.C. se abre a todas las áreas de manifestación de su personalidad, abarcando el funcionamiento de sus

♦ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

defensas psíquicas, provocando en algunos, desorden mental, confusional, apareciendo desórdenes de su conducta. No en todos los pacientes son las mismas, no tienen la misma intensidad, ni la misma sintomatología.

### INICIACIÓN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO

Pocas son las ocasiones en las que la persona hace contacto para solicitar la primera consulta, es llevado. El estado del paciente, el nivel de gravedad, la conservación de las funciones afectivas y cognitivas, la utilización o no del lenguaje como medio de comunicación son variables relevantes, que determinan el acercamiento al psicodiagnóstico.

Si los vínculos familiares son sentidos seguros y protectores, en el período crítico, la persona aprobará el tutelaje y asumirá conductas de sumisión y acatamiento, aunque no necesariamente, pudiendo reaccionar con negativismo. El paciente y su familia configuran una dinámica vincular histórica y altamente significativa. En muchos casos, la persona no ha participado ni ha sido informado sobre la necesidad de la elección del profesional, tampoco la demanda, y no tiene conciencia del motivo de la consulta.

Los motivos de los familiares no siempre coinciden con los del paciente, observan conductas de aceptación pero, en otro nivel, crean un sólido sistema de resistencias. Otros, actúan por motivos subyacentes, relacionados con núcleos reprimidos, sin resolver, que afloran ante la ruptura y movilización, producida por el paciente en el sistema familiar.

La conducta manifiesta del paciente en la consulta, está en relación con la gravedad y el nivel del trastorno (leve, moderado, severo). Aparecen un conjunto de rasgos y síntomas abarcando áreas, la afectiva - emocional - comunicacional - social y el área corporal, llega portando marcas transitorias y otras no tanto. Atendemos a las características del sufrimiento y angustia, a la actividad del paciente y familia, a la posibilidad de pedir ayuda, aunque no pueda verbalizarla, (puede recurrir a lo extra verbal y a otros recursos).

La consulta es un momento ¡tan especial!, se va formando un espacio continente y "verdadero encuentro". Es el encuentro de seres en busca de mitigar un dolor y la reorientación en la vida. Encuentro que facilita el establecimiento de las alianzas, las que pueden favorecer el curso de la relación. Cuando la familia es la que informa, se modifica el encuadre, a veces. El paciente es desplazado de su rol protagónico, y desde ese lugar, asume otras conductas, no menos dolorosas como la impotencia y la invalidez.

La técnica clínica exploratoria y la observación, se inicia desde el primer momento en que el paciente llega a la presencia del profesional. La observación se constituye en algo más que percibir, sumar datos, signos y síntomas; cuando estos son descriptos, y analizados clínicamente para la interpretación de la persona y su padecer. El psicólogo nunca es un mero observador sino un "observador participante".

Pensamos que el psicodiagnóstico "es una operación activa" del psicólogo y del

♦ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

paciente, mediante la cual “éste se organiza, y simultáneamente organiza un mundo experimental regular a partir del continuo en su experiencia; ello estará sin duda relacionado a los efectos o influencias de los procesos interpersonales que en muchos niveles ocurren” (18).

Se han seleccionado técnicas de evaluación de las capacidades cognitivas, y se intenta cada vez más aprehender la dinámica de la personalidad mediante las proyectivas. La evaluación no queda “sólo en una tendencia de valor estadístico, sino que el enfoque cuantitativo es interpretado clínicamente con el cualitativo” (5). Los intentos de catalogar al paciente, encerrándolo en un marco de mediciones o de observaciones experimentales presentan siempre ciertos riesgos. En estos casos se omite lo esencial, que remite a la relación del sujeto con su ser” (15).

El proceso diagnóstico, en la práctica, con adultos afásicos, no es fácil cumplimentarlo. El marco teórico práctico deberá considerar todas las variables del paciente, la gravedad del trastorno, de los niveles neurofisiológicos y psicológicos en juego, el período que va pasando, la no disponibilidad de las funciones del lenguaje, el pensamiento, la comprensión, la percepción, las nociones espacio-temporales, la psicomotricidad entre otras. No todos los pacientes realizan la mayoría de los tests. Al contrario son pocos.

### LENGUAJE Y PENSAMIENTO

Las técnicas requieren el lenguaje, para el cumplimiento de la consigna, el sujeto debe dar una respuesta que

involucra tanto al lenguaje como al pensamiento. El paciente “pierde en grados diferentes la capacidad para usar el lenguaje, pero parece tener la posibilidad de “pensar” de manera funcional, aún cuando sienta que no tiene palabras (...) “luego, este pensamiento debe componerse con el lenguaje interior, que se relaciona con aquel observado, cuando se lo quiere expresar exteriormente” (10). Es el psicólogo Sokolov, quien sostiene la hipótesis de la “existencia de dos modos distintos de pensamiento: uno hace referencia a un lenguaje interior elaborado, comparable a aquel que se utiliza exteriormente, y el otro, sostenido por un lenguaje interior, reducido a sus atributos más simples (los predicados), el primero es responsable de los pensamientos más “complejos y arbitrarios”; el segundo de los pensamientos más “concretos”. Si el paciente debió dar respuesta a la consigna del test y no la dio, indica que “ya no tiene bajo control todos los momentos del pensamiento, aunque guardan aquellos que son necesarios para un funcionamiento en la vida diaria” (19). Es total la participación que tiene el lenguaje en la organización de los procesos del pensamiento.

Tanto se explorará la capacidad de adaptación mental a circunstancias nuevas, la inteligencia; como también la dinámica del pensamiento y las perturbaciones que pueden aparecer como patológicas primarias o secundarias. Partimos de una conceptualización operativa del pensamiento, como la siguiente: “es un proceso cognitivo cuyo punto de partida y cuyo resultado están dados por requerimientos del equilibrio adaptativo-

♦ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

individual que se expresa en el comportamiento" (2).

El pensamiento perturbado abarca neologismos, absurdos, divagaciones, disgregaciones, respuestas confusas e incoherentes, "fabulaciones en las que hay una sobre valoración asociativa, y que encuentran escasas justificaciones, contaminaciones como escape del proceso primario; combinaciones fabuladas y arbitrarias" (16).

La anamnesis investigará datos de la personalidad anterior al A. V.C.<sup>1</sup>, para establecer los aspectos que se han movilizad, o cuáles fueron los factores desencadenantes. Para el paciente no es nada fácil re-pensar, su historia personal en forma retroactiva, referida a un "antes y después" del A.V.C., por la ansiedad que lo invade, al tratar de ubicarse en el pasado, por la pobreza del yo para re-descubrirse. Se entremezclan las tristezas y la depresión frente al conteo de logros y pérdidas. La familia colabora en esa reconstrucción. No se descarta la proyección subjetiva de la información. Le afecta escuchar la reinterpretación de su vida, desde "el otro", puede reaccionar emocionalmente. Queda "expuesto" al disminuir la "privacidad".

La personalidad anterior juega un rol determinante, ya que el sujeto tiende a acomodar su nueva realidad, o adaptarse a ella, utilizando las mismas modalidades de comportamientos anteriores. Aunque hay personas afásicas, que presentan cambios en su personalidad, han variado sus comportamientos.

---

<sup>1</sup> A.V.C.: Accidente cerebro vascular.

## REACCIONES PSICOLÓGICAS DE LA PERSONA AFÁSICA

Aparecen reacciones a medida que toma conciencia de la naturaleza y gravedad de la lesión. Ejemplo: "Desde que está mejor físicamente, parece más deprimido", dice la familia (14). "El paciente toma conciencia de un progreso, y al mismo tiempo, de las limitaciones, provocándole desaliento y depresión" Esta etapa puede darse con el regreso a casa, o con el enfrentamiento con su realidad anterior. Otros factores pueden ser, la edad, la presencia, o no del cónyuge, o la familia, la profesión, la situación financiera, el status social.

Las "limitaciones" derivadas de las alteraciones, por el trauma, son: el lenguaje, la motricidad, la sensibilidad, los procesos del pensamiento, comprometidos por la lesión neurológica, y que provocan reacciones psicológicas. Otros factores de importancia son: el pronóstico, la familia y el equipo, su responsabilidad al respecto; y la calidad de vida que puede preocuparle. Hace evaluaciones sobre su situación general, limitaciones, o progresos referidos al plano biológico. Constataciones que le provocan reacciones afectivas frente a sus pérdidas. Muchas veces reacciona como si su organismo estuviera en peligro.

El revelamiento de datos mediante las técnicas proyectivas y las comunicaciones, durante las entrevistas, son aportes que presentan la dinámica consciente-inconsciente, los comportamientos adaptativos y defensas, que le sirven, para establecer el equilibrio. Las más frecuentes son:

---

♦ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

ansiedad, negación, regresión, dependencia, beneficio secundario.

### DAÑADO EN SU AUTOESTIMA

Siente que ha sido dañado en lo más profundo de sí mismo, provocándole un sentido de pérdida de su identidad, de lo que podría darle importancia, o prestigio, no dispone de sus ingresos, está imposibilitado en los roles familiares y sociales. Va perdiendo "lugares", otros toman su lugar, su cónyuge o colega. El sentirse disminuido en su autoestima y dignidad como ser humano, verse en qué se ha transformado, puede provocarle vergüenza y culpa. Culpándose por ser sobrecarga de la familia, por enfermarse y por la lentitud de la rehabilitación.

La disminución de la autoestima y la dificultad para comunicarse, lo conducen al aislamiento. La soledad puede aumentar el sentimiento de tristeza y depresión, bloqueando los avances en el tratamiento del lenguaje.

La labilidad se percibe cuando hay disminución de los procesos de inhibición y de control emocional, ligados al daño cerebral. Pasan rápidamente de un estado a otro sin que la realidad lo justifique. Muestran ocasionalmente, un comportamiento como una especie de "bella indiferencia", apareciendo indolentes o eufóricos, como que nada los conmueve. Algunos llegan, a lo que Goldstein, llamó: Reacciones Catastróficas (1942).

Otro aspecto, es la desinhibición por falta de control frente a necesidades de afectos y pulsiones sexuales. Dan lugar a expresar juicios inapropiados, comportamientos inadaptados,

transgrede normas por su desprejuicio. La frustración y las fallas del control emocional los hace fácilmente irritables y agresivos.

### DEPENDENCIA Y RESIGNACIÓN

Es tan dramático lo que le pasa, que se ampara en la resignación, y tiende a abandonarse a los cuidados de otro. Frente al aumento creciente de necesidad de afecto y las limitaciones, que son importantes, no puede hacer otra cosa, que depender por cierto tiempo de su medio. En los primeros tiempos (agudo - subagudo), es dependiente de los profesionales del equipo y de su familia. Funciona como un mecanismo de defensa, que le posibilitará aumentar el grado de confianza básica, y la adaptación para reintegrarse, al grupo familiar-social; gradualmente, reducirá la necesidad de depender y ampliará el campo de interacción recíproca, si le facilitamos "su espacio" personal.

En otros casos, utiliza el síntoma como "beneficio secundario", para manejar el medio o las personas, como búsqueda narcisística de cuidados y demandas afectivas, o por repliegues depresivos, o por hostilidad a un miembro de la familia. Otras defensas están puestas enérgicamente en la recuperación de las dificultades que padece, ayudándole a asumir parcialmente su enfermedad. Schuell afirma que "el afásico necesita potentes defensas. Su supervivencia depende de la capacidad para organizarlas (...) "(11). Actúan como primarias prótesis.

### EL DUELO POR LAS PÉRDIDAS

♦ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

“Hablamos muchas veces del duelo que en la persona afásica, debe vivir frente a tantas pérdidas”. “Está de duelo por pérdidas como la autoestima, la dignidad, la imagen que tenía de sí, por la persona que era y ahora no es; pérdida de afecto, por el abandono de proyectos futuros y nivel de aspiración de la pérdida de la esperanza, de que todo pudiera ser como “antes” (14). El como “antes” está omnipresente en la readaptación. Representa el objetivo del tratamiento, en casi todos los casos. “De golpe el objeto de la pérdida ocupa todo el espacio, no existe otra cosa; da la impresión de que la persona dañada no podrá consolarse, mientras no recupere la función perdida” (14). La familia también, debe hacer el duelo por el ser querido, como era “antes” querido. Ahora es alguien que esta disminuido. Casi se lo considera como “otro”.

La elaboración de las manifestaciones del fenómeno del duelo dependerán de factores relacionados con la afasia, como la pérdida del lenguaje en el plano personal, del prestigio, de las ganancias, de roles ahora perdidos; de la naturaleza del pronóstico, o los tiempos previstos para la recuperación, de la calidad de apoyo del entorno familiar, del equipo, y de las perspectivas para el devenir.

En un duelo normal, pareciera, que disminuye y tiende a desaparecer con el correr de los tiempos. Tiempos para superar etapas del duelo y encontrar nuevas maneras de satisfacer sus necesidades, duelos que incluyen progresos alcanzados en algún aspecto de su personalidad, tiempos y posibles reemplazos o nuevas relaciones de objeto. No todos estos pacientes resuelven así sus duelos. Son los que

necesitan una esmerada psicoprofilaxis y terapéutica. Duelo y depresión son aspectos esenciales cuando hablamos de prevención. Es un hito en el diagnóstico a tener en cuenta para evitar la evolución patológica, secuela y cronicidad.

### LA DEPRESIÓN, UNA REACCIÓN PSICOLÓGICA

El psicodiagnóstico y el diagnóstico diferencial detectarán la presencia de trastornos depresivos, como reacción de la persona frente a su afasia, asociada principalmente a lo afectivo-emocional y a la toma de conciencia de la pérdida. Létourneau, P. Y. afirma: “evidentemente muchas veces es difícil discernir si las reacciones psicológicas provienen de reacciones emocionales, respecto a la afasia, o si son causados por la lesión y daño cerebral en sí misma”. Los estados depresivos tendrían dos orígenes posibles: “podrían estar provocados por el daño cerebral, en sí mismo, o podrían ser reactivos a la situación de pérdidas. Es importante poner énfasis en la importancia de la reacción emotiva, como factor causante de los cambios de personalidad en las personas afásicas” (14). Nos apoyamos en esta afirmación del autor.

Este conocimiento es esencial para el diagnóstico diferencial. El equipo multidisciplinario, en consenso, trazará planes para la prevención y la terapéutica, a partir de cada disciplina interviniente. La intervención del psicólogo debe hacerse prontamente para sostén y contención, tanto del paciente como para la familia, a partir de los períodos agudo y subagudo. Deberá ocupar su “lugar” y asumir sus roles.

♦ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

Algunos síntomas habituales de la depresión son la tristeza, el dolor, la decepción y la desesperanza, que se ocultan detrás de las secuelas, limitaciones y síntomas, provocando tensión y estrés. Se pueden presentar como consecuencia de pérdidas afectivas, de una pérdida de trabajo, -le niegan el retorno-, obligada jubilación, pérdida de su capacidad civil, ruptura matrimonial y abandono, disfunción sexual, o de cualquier inesperado cambio significativo para la persona.

El paciente podría manejar sus conflictos predominantemente con el cuerpo. El organismo se defiende, apela a todos sus recursos, intentando conservar el equilibrio y seguir como si nada sucediera, a través de la negación, "sin embargo puede constatarse susceptibilidad exagerada, irritabilidad extrema, tendencia a la fatiga y una progresiva dificultad para dormir, por insomnio. Luego, aparece la tristeza acompañada, generalmente, por un estado de inquietud: es el síntoma más común de la angustia. Los pacientes depresivos severos presentan cambios significativos, graves, con un marcado descenso de la libido. Es frecuente el miedo a no curarse, a una recidiva y el miedo a morir". (14)

Utilizamos el diagnóstico de depresión en los casos donde la pérdida "exterior", en este caso la afasia, despierta un sentimiento profundo de pérdida "interior". Esta puede ser real, o simbólica y unirse a otros duelos y a conflictos no resueltos, o a otros temores pertenecientes al mundo "interior" de la persona, (Létourneau, 1991), "que puede estar afectada por el miedo a morir, al

rechazo, a encontrarse desvalido frente a la vida...".

La depresión es tema central, de primera importancia para su supervivencia. "Para combatirla y lograr que las secuelas disminuyan lo más posible, también, hay que obrar en el "interior" de manera que pueda redefinirse como persona". Propone este autor.

### DIAGNOSTICO DEL NÚCLEO FAMILIAR

La Dra. Graciela Geromini, Terapeuta del Lenguaje, nos transmite parte de su experiencia, y dice: "deseo puntualizar que la mayor parte de los pacientes se niegan a recibir psicoterapia y a intentar, a través de ella, una forma de vivir mejor con su problema. Niegan, conciente o inconscientemente, su estado o su nivel de incapacidad. "(...)". El otro punto a considerar es la familia, también aquí, la ayuda que el psicólogo pueda brindarnos mediante un diagnóstico de la situación familiar, de la dinámica de la familia (...) es muy importante" (9).

La estructura familiar, entra en "crisis", cuando uno de sus miembros padece un A.V.C. La afasia "quiebra la comunicación súbita y bruscamente sin preaviso" (...) "Todo el sistema de interrelaciones se perturba" (6). La afasia provoca alarma y descontrol. Se pone en juego todo el equilibrio, familiar, aumenta la resistencia y la ansiedad, aflora un sentimiento de culpa a la enfermedad, el trastorno es devastador.

"Las diferentes estructuras familiares, en las que podemos observar conductas

♦ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

exageradas o desviadas, se construyen antes del accidente vascular con la participación, de ese individuo, hoy afásico, quien contribuyó al igual que los demás, a tejer los puntos de esta imagen que hoy observamos" (17).

Observar: ¿qué cambia con el regreso a la casa, qué lugar ocupará la persona y la enfermedad?; ¿cómo reaccionarán ante la imposibilitada comunicación? ¿Hay una toma de conciencia de las diferencias del "antes y después"? ¿Es atípica su forma de reaccionar?, ¿se acerca a la normalidad o no? No todas las estructuras familiares lo hacen de la misma manera, frente al impacto del A.V.C. y de sus desestructurantes consecuencias.

Otro ítem a diagnosticar es el aspecto de la pareja y su funcionamiento. Se observará cómo funcionan las relaciones de pareja, donde uno de ellos es afásico. ¿Se modificaron durante la crisis? Los vínculos fundamentales como el amor, la sexualidad, la comprensión, la colaboración, ¿cómo son vividos en esta etapa? ¿Qué defensas predominan? ¿Qué ayuda aporta el cónyuge sano?, ¿qué lugar, en el desplazamiento ocupa ahora?, ¿asumió roles que pertenecían a su pareja? ¿Cómo maneja la angustia, la fatiga, la depresión? ¿Busca o acepta ayuda psicoterapéutica, para sí, o para el resto familiar?

A la desestructuración familiar le suceden los reacomodamientos. El cónyuge del paciente, frente a la nueva circunstancia, pasa a ocupar nuevos lugares, otras responsabilidades, asumiendo roles activos y complejos a veces, y le lleva a salir más frecuentemente de la casa. En la vida

diaria surgen conflictos, y situaciones de stress, en relación con la insatisfacción, con el aislamiento y pérdida de la pareja, cada uno se instala defensivamente, por Ej. : Ella con una mayor vida al exterior, y él se refugia en su casa, como protección ante el abandono, y de evitación a los posibles contactos sociales que se crucen.

Desde la psicopatología familiar, se observan comportamientos y situaciones de conflictos desplazados, haciendo síntomas y proyecciones. En casi todos los casos, actúan alternando, interfiriendo o reforzando el negativismo del paciente. El cónyuge al poco tiempo de iniciadas las entrevistas, hace adaptaciones en sí mismo y en el núcleo familiar. No obstante las resistencias van aumentando gradualmente. Aceptar la nueva realidad, exige una capacidad de análisis, y de flexibilidad que no todo el mundo tiene. Sus pérdidas también, son dolorosas. Conoce sus límites, se angustia y se deprime. Tiene que hacer sus propios "duelos". La pareja y la familia tienen "una historia premorbo", ésta es un factor influyente en la nueva organización familiar, lo que dependerá de la calidad de lo vivido. "La desestructuración provocada por la enfermedad y la castración creada por la afasia, moviliza en uno y el otro, las defensas que le van a permitir hacer frente a la crisis", Labourel (13).

El poder de decisión está en manos del cónyuge, quien lo utiliza a veces con éxito y muchas otras lleva al equívoco y fracaso. Familias en conflictos asumen una ingerencia total, en la vida y el porvenir de la persona afásica. No interpretan sus deseos ni sus necesidades, van alienando a la persona

♦ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

enferma y favoreciendo el proceso de "cosificación". Dicho de otra manera, se instala la "iatrogenia".

El tema, la familia del afásico, el afásico y su familia, requieren desde la psicología y psicopatología, incluidos los equipos multidisciplinares, la más alta consideración.

### PREVENCIÓN Y PSICODIAGNÓSTICO

Salud y enfermedad no son estados fijos sino procesos continuados, una continua batalla por parte del hombre para mantener un balance positivo contra las fuerzas biológicas, mentales y sociales, que tienden a perturbar el equilibrio de la salud. El estado de salud es el resultado de una interacción de fuerzas en constante enfrentamiento. La prevención depende, de la comprensión de este fenómeno, más dinámico que estático (20).

Entendemos la prevención como una pre-ocupación puesta en acción para evitar que algo suceda. En salud, es preparar, disponer objetivos, estrategias y acción, "con anticipación para evitar la formación, desarrollo, complicación y propagación de las enfermedades o accidentes, antes que éstos sobrevengan."

La prevención es el esfuerzo y producto de una operación cognitiva compleja, de aplicación de juicios de causalidad, y también de reversibilidad. Surge del desarrollo intelectual humano, y en el marco de una ciencia con suficientes conocimientos, como es la Medicina Preventiva. (Zenoff, 1995).

Existen variables en la afasia que determinan el cuadro patológico, y otras, variables modificables, pasibles de desarrollo que hacen que la evolución sea positiva o negativa, según sea la forma en que se trabaje con ellos. Se parte de la prontitud de la acción, de la inmediatez, en primer lugar: de la evaluación psicodiagnóstica del paciente; 2º: de la formulación de hipótesis y pautas de tratamiento, mediato e inmediato; 3º: del pronóstico y tiempo necesario para tal fin; 4º: de la elección terapéutica; 5º: de la frecuencia y profundidad; 6º: de la atención psicológica del paciente, de la familia, o del grupo familiar; 7º: de la asistencia integral del paciente en manos de equipos de profesionales conocedores de la dinámica de grupos y trabajando desde la interdisciplina.

"Numerosos ejemplos demuestran que los esfuerzos para prevenir la enfermedad mental, junto con el diagnóstico precoz y el tratamiento intensivo, permiten frecuentemente restituir los pacientes a sus familias y a sus actividades sin que medie una hospitalización prolongada". (Felix 1996) (7).

Sintetizando decimos que la persona afásica con asistencia psicológica inmediata, puede, cuidando, previniendo desarrollos negativos, lograr un alto nivel de recuperación, o medianamente restringido, según sea la funcionalidad de las variables determinantes del trastorno.

A través del Psicodiagnóstico de "este paciente" hacemos un recorrido, desde un "antes y después", integrando el

♦ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

pasado, presente y el devenir. Se parte del conocimiento de lo que pasó hacia lo que podría pasar a ser.

En este tramo es donde la acción preventiva actúa para la recuperación, evitando la transformación del mal, desde el desborde de síntomas, o una evolución desintegradora.

Cada una de las fases del proceso psicodiagnóstico se yuxtaponen entre sí, configurando redes, más o menos complejas de información, básicas para la integración parte-todo, y la

interpretación intra e intertest. Indagar el estado de tales fases, y su funcionalidad, para que en cada tramo se pueda restablecer, sanear y movilizar los aspectos significativos relacionados a la situación de conflicto. Todo esto nos dirige a un resultado final que se formula en la "Diagnosis"<sup>2</sup>.

La prevención entendida como anticipación a situaciones críticas a vivir es un objetivo implícito del proceso Psicodiagnóstico, en sus tiempos y en cualquier situación que se encuentre el paciente.

---

<sup>2</sup> "Arte de formular un diagnóstico".

◆ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- ABT Y BELLAK: **Psicología Proyectiva** - Editorial Paidós, Buenos Aires, 1967. Primera Edición.
- 2- AZCOAGA, J. E.: **Neurolingüística y Fisiopatología - (Afasiología)** - Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1985. Tercera Edición.
- 3- BENDER, L.: **Test Guestáltico Visomotor** - Editorial Paidós, Buenos Aires, 1964. Segunda Edición.
- 4- BELL, J.: **Técnicas Proyectivas** - Editorial Paidós, Buenos Aires, 1964. Segunda Edición.
- 5- BERNSTEIN, J.: Dos Psicologías. En **Revista Universidad (U.N.L.)** N° 62 P.P.: 5-52, Santa Fe, 1964. Primera Edición.
- 6- BOISCLAIR - PAPILLON, R.: La Familia del Afásico - Cap. 10 P.P.: 137-149. En Joannette y col. **El Afásico. Comunicación y Daño Cerebral** - Editorial La Colmena, Buenos Aires, 1991.
- 7- CAPLAN, G.: **Principios de Psiquiatría Preventiva** - Editorial Paidós, Buenos Aires, 1966.
- 8- EFROM, R.: Algunas Consideraciones sobre Trastornos de la Personalidad en el Paciente Afásico - **Sección Científica del Boletín de la Liga Argentina de Orientación al Afásico. (L.A.O.A.)**, Buenos Aires, Abril-Mayo de 1983.
- 9- GEROMINI, N.G.: El equipo multidisciplinario en la rehabilitación del afásico. Relato oficial. Primer Encuentro Argentino sobre Afasiología. III Jornada Marplatense de Rehabilitación del Afásico. Mar del Plata, 7 al 9 de Mayo de 1987.
- 10- GLASSER, ZIMMERMAN: **Interpretación Clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños** - Editorial TEA, Madrid, 1980. Cuarta Edición.
- 11- JENKINS, J.J.: **Afasia en Adultos según Schuell**. Problemas Psicológicos en la Afasia - Cap. 17, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1976.
- 12- JOANNETTE Y COL.: La Afasia del Afásico - Cap. 1, PP.: 1-17 - En Joannette y col. **El Afásico. Comunicación y Daño Cerebral**- Editorial La Colmena, Buenos Aires, 1991.
- 13- LABOUREL, M.: EL Afásico y su Familia - Cap. 9, PP.: 117-135 - En Joannette y col. **El Afásico. Comunicación y Daño Cerebral** - Editorial La Colmena, Buenos Aires, 1991.
- 14- LÉTOURNEAU, PY.: Consecuencias Psicológicas de la Afasia - Cap. 4, PP.: 44-63 - En Joannette y col. **El Afásico. Comunicación y Daño Cerebral** - Editorial La Colmena, Buenos Aires, 1991.
- 15- MANNONI, N.: **La Primera Entrevista con el Psicoanalista** - Editorial García Editor, Buenos Aires, 1973. Primera Edición.
- 16- PAZ, C.A. y cols: **Analizabilidad y Momentos Vitales** - Editorial Nau-Libres, Valencia, 1980.
- 17- PONZIO Y DEGIOVANNI: Sobre Algunos Comportamientos Observados en el Afásico y su Familia - Cap. 8, PP.: 107- En Joannette y col. **El Afásico. Comunicación y Daño Cerebral** - Editorial La Colmena, Buenos Aires, 1991.
- 18- WAISTEIN, MARTÍN: Cuestiones Diagnósticas - En **Revista Perspectivas Sistemáticas. Psicología Hoy**. Año 2, N° 8, PP.: Buenos Aires, Octubre 1989.
- 19- WECHSLER, D.: **Medición de la Inteligencia del Adulto** - Editorial Cultural, La Habana-Cuba, 1955. Tercera Edición.
- 20- ZENOFF, A.J.: Niveles de Prevención de la Afasia - Ciclo de Conferencias: Conociendo la realidad del Afásico. Asociación de

♦ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

Docencia e Investigaciones en  
Neuropsicología y Afasiología de Rosario  
(A.D.I.N.A.). Departamento de

Asesoramiento en Afasiología. P.P.: 44-SL  
Rosario, 26 de Agosto de 1995.

◆ Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. 8vas Jornadas Nacionales de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP): Psicodiagnosticar: Un camino hacia la prevención. San Martín de los Andes. Neuquén. 1,2 y 3 de mayo de 1997.

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA  
ROSARIO (SANTA FE) – ARGENTINA  
[www.adinarosario.com](http://www.adinarosario.com) [www.adinarosario.com.ar](http://www.adinarosario.com.ar)