LIMITACIONES DE MAYOR JERARQUÍA EN LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE AFÁSICO ♦

Dra.N.Graciela Geromini
Doctora en Fonología
A.D.I.N.A Rosario

ALGUNAS REFLEXIONES PREVIAS

La irreversibilidad de los síndromes neurolingüísticos puede ser prevenida cuando el diagnóstico de lenguaje se hace con urgencia, el terapeuta del lenguaje actúa con criterio de emergencia en la tarea preventiva durante el período que es pertinente y se controlan las variables de pronóstico determinables en la forma adecuada. Este hecho adquiere relevancia cuando se considera que –

en los tratamientos iniciados de inmediato- el primer trimestre es de marcada mejoría y que la mayor ganancia lingüística se ubica entre los seis y once primeros meses de

♦Trabajo publicado en **Fundación Dr. J. R. Villavicencio**. Anuario Nº 13: 81-85; 2005

tratamiento independientemente del tipo de afasia (1); (2).

De las variables identificadas como de mayor peso en la rehabilitación (3), se destacan las denominadas determinables puesto que pueden llegar a modificarse mediante procesos terapéuticos. Estas son las variables rehabilitatorias que incluyen: tiempo transcurrido entre la instalación de la lesión neurológica, la formulación del diagnóstico de lenguaje y la iniciación del tratamiento, la frecuencia, tipo y tiempo total de tratamiento, la atención psicológica al paciente y a la familia y la atención en equipo y, las emocionales, en las cuales se ubican el estado emocional del paciente en el momento de iniciar el tratamiento, durante su transcurso y en la etapa de finalización y los motivos de abandono del tratamiento. La influencia de estas variables dependerá de la interacción que ejerzan sobre las del grupo de las variables determinantes. Estas últimas, que no pueden ser modificadas, corresponden a los factores biológicos (etiología y extensión de la lesión, severidad neurológica del cuadro clínico, nivel de conciencia del paciente acerca de su estado, edad y tipo de trastorno neurolingüístico) y a los biográficos (personalidad premórbida, características de la dinámica familiar, nivel de instrucción, historias laboral y social).

En este sentido, en lo relativo al primer contacto con el paciente y su familia, se aprecia el valor de la administración de una anamnesis exhaustiva que reúna datos acerca de los antecedentes de la alteración neurolingüística, la posible coexistencia de trastornos asociados, los riesgos potenciales de peoría, distintos aspectos personales, familiares y sociales que hacen a la historia particular del paciente y las repercusiones psicológicas que tiene la enfermedad en el afásico y en la dinámica familiar. Además, que aporte datos de interés para efectuar las hipótesis diagnósticas, para la planificación terapéutica y su instrumentación y para fijar una hipótesis acerca del pronóstico (4).

Se ha señalado que los motivos de fracaso de la terapia lingüística son múltiples y que pueden agruparse del siguiente modo: a) Falta de recursos económicos; b) Falta de trabajo en equipo; c) Falta de especialización en Afasiología y Neuropsicología; d) Efectos nocivos de tratamientos previos; e) Derivación tardía; f) Falta de asistencia psicológica al paciente y a su familia (5); (6).

Si bien esto es así, la experiencia indica que las dos limitaciones de mayor jerarquía son la repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente y en su familia y la falta de especialización en Afasiología y Neuropsicología, las cuales serán consideradas aquí en el orden mencionado.

REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD

El conjunto de pérdidas con que el paciente se enfrenta bruscamente le imprime modificaciones psicológicas que serán posicionadas, en cada caso en particular, en el marco de sus propias historias personal y familiar. El terapeuta del lenguaje debe tomar conciencia de que es convocado (7) cuando comienza el duelo por la pérdida de funciones, como así también de que inicia su tarea en el contexto psicológico del efecto altamente desestructurante que ocasiona el cuadro neurológico (8). Es casi siempre, el último profesional de la larga lista que estuvo a cargo del paciente durante su internación, los médicos tratantes en esa etapa se retiran, precisamente, en el momento en que se inicia el duelo (9).

Generalmente, la mayoría de los médicos ha dejado palabras de despedida que gravitarán en mayor o en menor grado sobre la motivación del paciente y de su familia para emprender el largo camino de la recuperación. En la red formada por estas palabras y el alto impacto emocional que produce la afasia en el afásico y en su familia, las características de la personalidad premórbida del paciente y de la dinámica familiar – que darán particularidades extra neurológicas a "esa afasia"- se incorpora el terapeuta del lenguaje quien será terapeuta y acompañante del duelo en sus distintas etapas y, más allá de su tarea técnica, deberá brindar contención (10).

La conducta que manifieste el paciente en la primera entrevista dependerá de la severidad del trastorno neurolingüístico, en este sentido, deben observarse las características que adoptan el sufrimiento y la angustia, la conducta del paciente y la de su familia. Este primer encuentro debe favorecer la instalación de alianzas con el paciente que serán de repercusión positiva en la relación. La situación se modifica cuando es la familia la que informa, el paciente no puede ser protagonista y debe asistir a la reconstrucción de su historia por parte de otros, la situación es más dolorosa porque pierde su privacidad y queda expuesta su intimidad (11). Cualquiera sea la severidad del trastorno neurolingüístico, éste es el momento donde el terapeuta del lenguaje debe ser más cuidadoso para que el paciente siempre sea incluido en la entrevista permitiéndole el espacio para el pedido de ayuda aunque no pueda verbalizarla.

El paciente afásico es un ser dañado en su autoestima, disminuido, con tendencia a abandonarse al cuidado de los otros cuando se refugia en la resignación, con pérdidas no sólo de sus funciones sino además de sus proyectos futuros, de la persona que era y que ahora no es. También la

familia, debe hacer el duelo por el ser querido a quien generalmente ve como a "otro". La elaboración de las alternativas del duelo guardará relación con diferentes aspectos relacionados con la afasia, el pronóstico, el tiempo que demandará la recuperación, la índole del apoyo de la familia, del equipo terapéutico, de las contingencias del acontecer, de la repercusión de la pérdida del lenguaje a nivel personal y de los roles perdidos. En un duelo normal, se van superando sus diferentes fases, se encuentran nuevas formas de satisfacer las necesidades, se valoran los progresos alcanzados en la recuperación y se generan nuevas relaciones de objeto. Muy pocos pacientes resuelven de esta forma sus duelos sin ayuda terapéutica. Si este concepto es considerado desde la prevención, debe afirmarse que el afásico requiere de una cuidadosa psicoprofilaxis terapéutica. La asociación entre duelo y depresión no debe perderse de vista para evitar la cronicidad, la evolución patológica, la secuela (12) y hasta la recidiva en el área neurológica. Es sabido que la lesión neurológica es un factor predisponente de la depresión aún así, la reacción emocional del paciente ante las pérdidas de funciones debe ser jerarquizada (13) para su tratamiento porque se trata de dos vías de ingreso de la depresión las cuales siempre están asociadas. Por lo expuesto, la intervención del psicólogo debe ser instrumentada rápidamente para brindar contención al paciente y a su familia.

EL TERAPEUTA DEL LENGUAJE FRENTE AL AFÁSICO Y A SU FAMILIA

En el primer contacto con el paciente y la familia, siempre desconcierta y sorprende, a pesar de los años de ejercicio profesional, constatar que no hubo información precisa. Es común que la familia explique detalladamente las alternativas de la lesión neurológica como las de su irreversibilidad. No hay información acerca de los aspectos funcionales y de la reversibilidad de las alteraciones (14).

La relación del afásico con el terapeuta del lenguaje (15) es prolongada y tiene diferentes matices en los fenómenos de transferencia, identificación y proyección según el sexo del paciente y el del terapeuta; matices que también se hacen sentir en el cónyuge. Desde las primeras entrevistas –casi siempre domiciliarias a causa de la frecuencia de la asociación con hemiplejia- la familia deja a la vista su aceptación, rechazo, colaboración, negación o acostumbramiento al problema.

El terapeuta del lenguaje ha sido descripto (16) como aliado del afásico, intruso en la intimidad del paciente y de la pareja, dueño de pensar y de

hacer y testigo de vínculos que muestran tirantez, dificultades o que están destruidos. Con frecuencia (17), parte del tiempo que debió ser terapéutico del lenguaje, tiene que dedicarlo a examinar con atención desde dónde dirigir su discurso para conseguir la colaboración de la familia o convertirse, en muchas ocasiones, en espectador de situaciones que, no por frecuentes, dejan de asombrarlo dejándolo con la certeza de que la familia no puede decir y tampoco puede entender porque también está afásica, la familia "ha perdido la cabeza".

Las observaciones efectuadas por algunos autores (18), en afásicos recuperados, indican que la familia fue transcurriendo por períodos idénticos a los de su miembro enfermo y que la afasia puede ser caracterizada (19) como una enfermedad de la familia.

EL PACIENTE AFÁSICO

Desde mi experiencia personal, las mayores dificultades provenientes del afásico han sido y son las vinculadas al área afectiva emocional, a su personalidad previa y a su respuesta ante la enfermedad. Sería muy difícil obviar que los aspectos afectivo emocionales son condición humana y que impregnan, por así decirlo, todos los momentos y estados de una vida. Se ha afirmado (20) que el afásico requiere de defensas poderosas y que de la capacidad para reconstruirlas depende su supervivencia; de igual modo, se ha destacado la importancia de la psicoterapia y del tratamiento al individuo ya que el paciente tiene una capacidad cortical diferente y un nuevo concepto del yo.

Puede ocurrir que ante los conflictos el paciente reaccione con su cuerpo, en este caso hay una lucha del organismo por mantener su equilibrio mediante la negación, como si no estuviera ocurriendo nada (21) aunque en él es posible observar una exagerada susceptibilidad, irritabilidad, marcada propensión a la fatiga y dificultades progresivas para conciliar el sueño a causa del insomnio. Posteriormente aparece la tristeza acompañada de intranquilidad: es el síntoma más frecuente de la angustia. Se instalan los miedos a no curarse, a una recidiva y a morir (22). Algunos de estos miedos suelen hacerse realidad, no son infrecuentes las recidivas, en los casos de ACV, que desencadenan en la muerte en momentos de finalización de las terapias lingüísticas o de marcada mejoría o bien los intentos de suicidio algunos de los cuales logran concretarse. Ambos desenlaces inducen a reflexionar sobre el ACV como síntoma de un cuadro mayor.

Este panorama doloroso y dramático haría pensar que al menos el paciente pide ayuda psicoterapéutica o recibe y acepta la indicación para

hacerla que se da de rutina. Obviando las dificultades que se presentan en el marco de la formación de los psicólogos para trabajar sin lenguaje que están fuera de consideración aquí, quiero destacar que la mayoría de los pacientes en el ámbito en el que me desempeño, que es el privado, se resiste a recibir psicoterapia y niega consciente o inconscientemente, su estado o nivel de discapacidad.

Estos hechos provenientes de la realidad, conducen nuevamente a considerar a la depresión como un tema capital. La pérdida exterior causada por la afasia provoca una honda sensación de pérdida interior la cual puede ser real o simbólica y ligarse a otros duelos y conflictos no resueltos que también forman parte del mundo interno del afásico. El paciente necesita redefinirse como persona para reducir las secuelas (23) y sólo puede intentarlo con ayuda psicoterapéutica.

Todos los hechos mencionados hasta aquí, los cuales pueden verificarse ampliamente en la práctica, jerarquizan la necesidad de la psicoprofilaxis e indican que el diagnóstico del lenguaje debe acompañarse del psicodiagnóstico del paciente y del diagnóstico de la situación familiar por el peso innegable que tienen en el pronóstico de la recuperación lingüística. Estos diagnósticos adquieren su real dimensión en el marco de considerar que uno de los motivos de fracaso de las terapias lingüísticas es la falta de apoyo psicológico del paciente y / o de la familia (24); (25). Ha podido comprobarse que la realización de psicoterapia en forma paralela tiene una repercusión favorable en los tratamientos neuropsicológicos tanto en adultos como en niños y adolescentes (26); (27), acorta sus tiempos de realización y permite arribar a un alta satisfactoria en el marco de los factores biológicos y biográficos.

LA FALTA DE ESPECIALIZACIÓN

Otra limitación que debe jerarquizarse, es la falta de especialización en Afasiología y en Neuropsicología porque desemboca en alternativas nocivas como, por ejemplo, la derivación tardía y los efectos iatrogénicos de algunos tratamientos. Es sabido que el paciente afásico requiere para su restablecimiento de un equipo terapéutico, el tema de la necesidad de especialización abarca a todos los integrantes del equipo diagnóstico y terapéutico, también al fonoaudiólogo.

La falta de especialización conduce a indicaciones y a maniobras terapéuticas erradas que, no casualmente, restringen las posibilidades de operar sobre las variables determinables, las únicas capaces de sufrir modificaciones desde el accionar terapéutico, se trata de las

variables rehabilitatorias y emocionales ya mencionadas. En cuanto a las rehabilitatorias se destacan en relación con la falta de especialización, la ausencia de derivación a la terapia lingüística, la derivación tardía, el tipo, frecuencia y tiempo total de tratamiento.

En una investigación efectuada en nuestro medio (28) sobre el desenlace de las terapias lingüísticas en 63 pacientes adultos provenientes de mi práctica privada, pudo verificarse que la prescripción o la ausencia de prescripción de la terapia lingüística dependen significativamente de las fuentes de derivación y se encuentra asociada, también significativamente, con las etiologías de los síndromes estudiados. La mayor prescripción de terapia lingüística recayó en la enfermedad vascular del encéfalo y la menor en las enfermedades abiotróficas y degenerativas. Con respecto al arribo al alta terapéutica, en esta investigación no se hallaron diferencias proporcionales relacionadas con el alta terapéutica y las variables de la categoría biológica y de la biográfica: etiología, edad, diagnóstico clínico y su forma de presentación y el nivel de instrucción. Las diferencias se registraron sólo en las variables de categoría rehabilitatoria: tiempo transcurrido entre la instalación de la lesión y la realización del diagnóstico y el inicio del tratamiento, la existencia de tratamientos previos de tipo sintomático, el tiempo total de tratamiento y la realización de tratamiento psicológico por parte del paciente y / o de su familia. En relación con el tiempo transcurrido, la mayor proporción de altas, se registró en los casos en los que el lapso entre la instalación de la lesión y la realización del diagnóstico no superó los 6 meses y en los que el tiempo total de tratamiento fue desde 1 año y 1 mes hasta 3 años. El tiempo de tratamiento mencionado: desde 1 año 1 mes hasta 3 años se relaciona con la severidad del síndrome neurolingüístico, también en niños y adolescentes (29), ha podido verificarse esta extensión del tratamiento de lenguaje que está indicando, en otro orden de cosas, la existencia de un lapso mínimo y de otro máximo en el tiempo total de tratamiento.

Finalmente, aunque la muestra es de 63 pacientes, estos resultados están indicando la existencia de una tendencia a la remisión de los efectos nocivos de los factores determinables cuando son tratados adecuadamente por los profesionales del equipo terapéutico.

RELACIÓN TERAPÉUTICA Y ESPECIALIZACIÓN

De las distintas alternativas de la relación terapéutica, me interesa resaltar la etapa personal de la relación porque en ella el terapeuta pasa a ser el compañero solidario del enfermo a través del vínculo que se instala entre

el que necesita de ayuda técnica y quien tiene la posibilidad de brindarla. El modo de entendimiento que se establece entre ellos depende, entre otros factores, del tipo de enfermedad: a mayor cronicidad o progresión de la enfermedad, mayor es la complejidad de esta relación. Así considerado, en el perfil de la relación terapéutica de cada caso en particular, intervienen motivos tanto del paciente como del terapeuta (30). Cuando en este último, se conjugan la formación técnica sólida con la conciencia de poseerla y el deseo de ayudar al enfermo, se está ante el profesionalismo, un lugar común que es independiente de los aspectos técnicos que identifican a cada profesión. El profesionalismo no sólo es saber qué debe hacerse técnicamente y cuándo debe hacerse sino, además, es hacerlo con minuciosidad extrema y esmerada. Los especialistas a los cuales el saber los transforma en accesibles y diligentes, que dan sus conocimientos con gusto y disfrutan de los alcances de su entrega, son los que materializan el profesionalismo. Con ellos la comunicación es rápida, amable y enriquecedora aún para quienes padecen de un síndrome neurolingüístico.

A mayor saber técnico mayor es la posibilidad de dirigir positivamente las variables de pronóstico determinables, mayor es la seguridad frente al paciente y, en consecuencia, mayor es la contención que logra el paciente frente a un terapeuta del cual percibe que sabe: qué, cuándo y por qué hace lo que hace, que da indicaciones precisas y que desde los resultados del estudio diagnóstico puede formular claramente un pronóstico y señalar el camino a transitar. Que es optimista, en el marco de la realidad del paciente porque posee el saber científico que le permite transmitir aún con sus actitudes que la afasia no es irreversible si se cumple con determinadas condiciones. Que sabe que la recuperación es larga, penosa y que requiere de un gran esfuerzo por parte del paciente el cual debe ser sostenido en cada etapa. Que sabe además, que es su responsabilidad brindar este apoyo sin dejar de estimular la independencia. Que parte de una actitud positiva y brega por las potencialidades del paciente para llevarlo a un rol protagónico de su terapia y convertirlo en un miembro tan activo como el terapeuta durante ese proceso.

CONCLUSIONES

El panorama del paciente afásico resalta más allá del trastorno lingüístico, la repercusión de esta enfermedad en la esfera psicológica del paciente y en el seno familiar. La pérdida de la autonomía que dan el lenguaje y la marcha van aislándolo y creando un "peso" en la familia que, sumado al desplazamiento de roles, puede conducir a su exclusión con las particularidades que brindan las tramas personal y familiar ya

existentes (31) las cuales, vale recordar, el paciente contribuyó a construir y a sustentar durante años.

Por su complejidad, el largo camino de la recuperación del lenguaje estará signado por diferentes limitaciones; el conocimiento técnico especializado puede evitar que se transformen en fracasos sobre todo si se considera que el límite (32) entre las variables determinantes y las determinables que fijan el pronóstico, es la demarcación entre el diagnóstico y el tratamiento, precisamente, este último es el que debe aportar las soluciones. La tarea del terapeuta del lenguaje es compleja, requiere de la especialización, de la formación permanente (33); (34); (35) y del alejamiento del tecnicismo. No sólo deberá poseer conocimientos sino que además deberá ser consciente de tal posesión.

Aún así, ejercer como terapeuta del lenguaje no sólo demanda de especialización sino también de una preparación intrínseca, que permita posicionarse frente al paciente y a su familia disociando las propias situaciones internas de la relación terapéutica como tal, para evitar anomalías y distorsiones (36) que tienen alto efecto nocivo sobre los tratamientos; para tolerar las frustraciones ante las secuelas y para elaborar las separaciones provocadas por la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

(1) BASSO, A., CAPITANI, E., VIGNOLO, A. Influence of Rehabilitation on Language Skills in Aphasic Patients. ***Arch.Neurol***.1979; 36: 190-196.

(2) TAYLOR SARNO, M., LEVITA, E. Recovery in Treated Aphasia in the First Year Post – Stroke. ***Stroke***. 1979; 10:Nº6:663-670.

(3) PEÑA de AZCOAGA, E. Interacción de Factores en la Evolución del Afásico Adulto. ***Temas em Neurolingüística Série de Neuropsicología.*** Sociedad Brasileira de Neuropsicología. 1993; 2: 78 – 91.

(4) GEROMINI, N G. Valor de la anamnesis en la formulación de las hipótesis diagnósticas y del pronóstico del paciente afásico. ***Revista de la Fundación Dr. J.Roberto Villavicencio.*** 2004; 12: 104-108.

(5) AZCOAGA, J E. La atención del paciente afásico. Editorial del Boletín Informativo de A.P.I.N.E.P. Año IV. Nº 30. Buenos Aires. 1981.

(6) GEROMINI, N G. Motivos de fracaso de la terapia lingüística en el paciente afásico adulto. ***Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio.*** 1997; 5: 119 - 122.

(7) CYR – STAFFORD, CH. La dinámica de la intervención fonoaudiológica en la afasia. En: Joanette, Y; ***El afásico. Comunicación y daño cerebral***. Buenos Aires: La Colmena, 1991; 93 – 106.

(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).*** 1983. Buenos Aires. Abril-mayo.

(9); (10) GEROMINI, N G. Motivos de fracaso de la terapia lingüística en el paciente afásico adulto. ***Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio.*** 1997; 5: 119 - 122.

(11); (12) PERALTA de RESQUÍN, E N. Modalidades de prevención en la afasia: Aproximación al proceso Psicodiagnóstico de la persona afásica. Simposio: Diagnóstico y prevención en la afasia y en el déficit de la atención. I Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. VIII Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P. San Martín de los Andes, 2 y 3 de mayo. 1997.

(13) LÉTOURNEAU, P Y. Consecuencias psicológicas de la afasia. En: Joanette, Y; ***El afásico. Comunicación y daño cerebral***. Buenos Aires: La Colmena, 1991; 44 – 63.

(14) GEROMINI, N G. Motivos de fracaso de la terapia lingüística en el paciente afásico adulto. ***Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio.*** 1997; 5: 119 - 122.

(15); (16) LABOUREL, D, MARTIN, M M. El afásico y su familia. En: Joanette, Y; ***El afásico. Comunicación y daño cerebral***. Buenos Aires: La Colmena, 1991; 116 – 136.

(17) GEROMINI, N G. Motivos de fracaso de la terapia lingüística en el paciente afásico adulto. ***Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio.*** 1997; 5: 119 - 122.

(18) LABOUREL, D, MARTIN, M M. El afásico y su familia. En: Joanette, Y; ***El afásico. Comunicación y daño cerebral***. Buenos Aires: La Colmena, 1991; 116 – 136.

(19) BOISCLAIR – PAPILLON, R. La familia del afásico. La dinámica de la intervención fonoaudiológica en la afasia. En: Joanette, Y; ***El afásico. Comunicación y daño cerebral***. Buenos Aires: La Colmena, 1991; 137 – 150.

(20) JENKIS, J.J. et AL. ***Afasia en adultos según Schuell. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.*** (Trad. I. Lorenzo) Buenos Aires: Panamericana, 1976.

(21) PERALTA de RESQUÍN, E N. Modalidades de prevención en la afasia: Aproximación al proceso Psicodiagnóstico de la persona afásica. Simposio: Diagnóstico y prevención en la afasia y en el déficit de la atención. I Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. VIII Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P. San Martín de los Andes, 2 y 3 de mayo. 1997.

(22); (23) LÉTOURNEAU, P Y. Consecuencias psicológicas de la afasia. En: Joanette, Y; ***El afásico. Comunicación y daño cerebral***. Buenos Aires: La Colmena, 1991; 44 – 63.

(24) AZCOAGA, J E. La atención del paciente afásico. Editorial del Boletín Informativo de A.P.I.N.E.P. Año IV. Nº 30. Buenos Aires. 1981.

(25) PEÑA de AZCOAGA, E. Interacción de Factores en la Evolución del Afásico Adulto. ***Temas em Neurolingüística Série de Neuropsicología.*** Sociedad Brasileira de Neuropsicología. 1993; 2: 78 – 91.

(26) RUIZ, V M. Desenlaces de las terapias lingüísticas en el paciente adulto. ***Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio.*** 2000; 8: 175-180.

(27) GEROMINI, N G et AL. Resolución de las terapias neuropsicológicas en pacientes niños y adolescentes. ***Fonoaudiológica.*** 2002; 48, Nº 1: 22 – 37.

(28) RUIZ, V M. Desenlaces de las terapias lingüísticas en el paciente adulto. ***Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio.*** 2000; 8: 175-180.

(29) GEROMINI, N G et AL. Resolución de las terapias neuropsicológicas en pacientes niños y adolescentes. ***Fonoaudiológica.*** 2002; 48, Nº 1: 22 – 37.

(30) LAÍN ENTRALGO, P. ***La relación médico – enfermo. Historia y Teoría.*** Madrid: Revista de Occidente, 1964.

(31) GEROMINI, N G. Motivos de fracaso de la terapia lingüística en el paciente afásico adulto. ***Revista de la Fundación Dr. J.Roberto Villavicencio.*** 1997; 5: 119 - 122.

(32) AZCOAGA, J E. ¿Es la Afasiología una especialización? En A.D.I.NA. (Ed) ***Actas del Ciclo de Conferencias: Conociendo la realidad del afásico.*** A.D.I.N.A., 1995; 84-89.

(33) AZCOAGA, JE ***Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología).*** 3era.ed. Buenos Aires: Ed. El Ateneo, 1985.

(34) AZCOAGA, J E. ¿Es la Afasiología una especialización? En A.D.I.NA. (Ed) ***Actas del Ciclo de Conferencias: Conociendo la realidad del afásico.*** A.D.I.N.A., 1995; 84-89.

(35) DONOSO, A. ¿Es la Afasiología una especialización? En A.D.I.NA. (Ed) ***Actas del Ciclo de Conferencias: Conociendo la realidad del afásico.*** A.D.I.N.A, 1995; 89-92.

(36) GEROMINI, NG. La recuperación del paciente afásico: ¿Utopía o realidad? ***Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio.*** 1995; 3: 31 – 36.