

LA ATENCIÓN DE LA PERSONA AFÁSICA ADULTA*

Dr. Juan E. Azcoaga

Médico Neurólogo

Doctor en Ciencias Médicas

1. Introducción

El interés por lo que le sucede a un adulto cuando sufre una afasia se desarrolló en la Argentina y particularmente en Buenos Aires, por iniciativa del Dr. Renato Segre. Por instancia suya y gracias a la cantidad de amigos y discípulos que había hecho en su carrera, se fundó la Liga Argentina de Orientación al Afásico el 22 de marzo de 1976. El había sufrido un accidente cerebro-vascular que lo dejó afásico entre 1974 y 1975. Como escribió (16) "...al sentirme tan inhibido y trabado me siento siempre muy disminuido, triste, con

muchas ganas de tirar la esponja, como dicen los boxeadores."

La actividad de la Liga les permitió a muchos profesionales ligados a esta actividad, comprender el drama del afásico y de su familia.

Aunque la Liga se extinguió unos diez años mas tarde, desde APINEP, la Lic. Elvira Peña realizó con el apoyo de una beca de perfeccionamiento del CONICET, una investigación entre los años 1987 y 1989 sobre las variables que intervienen en el pronóstico de un afásico adulto (6-14).

Las experiencias recogidas por los profesionales, mas los resultados de las investigaciones sobre las variables que

* Trabajo publicado en: *Ecos Fonoaudiológicos*. Año 2, Nº 2: 38 - 43; 1997
Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología
Rosario- Santa Fe- Argentina
www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

intervienen en la evolución de un paciente afásico, fueron configurando una doctrina acerca de que debía ser el diagnóstico y el tratamiento.

Frutos de este conocimiento se aprecian en la actividad de ADINA (Rosario), entre otras instituciones dedicadas a estas encomiables actividades (1, 4, 5, 15, 17).

Lo actuado a lo largo de estos veinte años comenzó a tener visos de concreción gracias a una iniciativa del Dr. Leandro Rotman, director del Departamento de Medicina del Hospital General de Agudos "José M. Penna" de la ciudad de Buenos Aires. En 1992 se firmó un convenio entre la dirección del Hospital y API NEP, por el cual se comenzó en 1993 un curso abierto, tanto para personal del Hospital como ajeno a él, sobre el diagnóstico y tratamiento del individuo afásico adulto.

A partir del curso se seleccionaron dos grupos interdisciplinarios, constituidos por psicóloga, kinesióloga, fonoaudióloga, asistente social y psicopedagoga que trabajarían en equipo en el futuro Centro para la Atención de Afásicos Adultos.

La iniciativa fue calurosamente apoyada por sucursales del Banco Credicoop de la zona sur y por prácticamente, todas las entidades de bien público de Parque Patricios, las que fueron convenientemente informadas del significado de la novedad.

Así las cosas, en setiembre de 1994 se inauguró el Centro, pero -¡cosas de la Argentina!- a poco andar desde la Municipalidad se anularon 800 contratos que afectaron a profesionales de todos los hospitales, incluidos, naturalmente, los del Centro. Puesto que existen ciertas posibilidades de su reactivación no parece descabellado hacer una reseña de la concepción que lo anima.

2. Recepción del paciente y diagnóstico

La concepción acerca de la reorganización de los sistemas funcionales complejos demanda una adecuada vigilancia sobre los recursos homeostáticos del cerebro lesionado. Por eso el control sobre las funciones del paciente debe establecerse desde las primeras etapas evolutivas. En las condiciones del trabajo asistencial esta primera etapa comienza desde la salida del servicio de terapia intensiva.

En ese momento, el equipo interdisciplinario, al que nos referiremos mas abajo, debe recibir al paciente y a sus familiares y recoger sus antecedentes. Simultáneamente y de acuerdo con el resultado de la evaluación, se fijarán las pautas terapéuticas iniciales.

La evaluación diagnóstica arranca del concepto central acerca de lo que padece la persona. Esto es, que si bien se trata de una desorganización del lenguaje, el afectado tiene varias otras áreas de gran significación, sin cuya debida atención la terapia del lenguaje es algo poco menos que ilusoria.

Así es que el diagnóstico comprende las siguientes áreas, en cada una de las cuales se indican los rubros principales:

1) *Datos administrativos*

2) *Psicológica:*

- ✚ Personalidad previa
- ✚ Reacción ante la enfermedad
- ✚ Oscilaciones de su estado anímico

3) *Kinésica:*

- ✚ si hay hemiplejía
- ✚ que características tiene
- ✚ condiciones posturales
- ✚ Alteraciones somatosensitivas o de otro tipo

4) *Lingüística:*

- ✚ nivel de alerta cortical
- ✚ nivel de emocionalidad

- + comprensión
- + diálogo
- + discurso
- + función nominativa
- + repetición de sílabas y palabras

5) *Terapia ocupacional:*

- + hábitos personales
- + preferencias personales (hobbies)

6) *Psicopedagogía:*

- + estado de la lectura y escritura
- + estado del cálculo
- + gnosias visuoespaciales
- + practognosias

Está claro que la evaluación diagnóstica debe hacerse de acuerdo a las condiciones en que se halle el paciente en cada etapa evolutiva (2). Al respecto se considera un período agudo cuya duración puede estimarse en alrededor de una semana. En esta etapa puede advertirse una acentuada inhibición de las funciones del lenguaje y una muy escasa posibilidad de comunicación.

La salida de esta etapa es muy gradual y desemboca en un periodo subagudo en el que los síntomas del paciente van modificándose hasta estabilizarse relativamente. Lo característico es un curso progresivo en sentido desinhibitorio. Este periodo subagudo puede estimarse en alrededor de dos a cuatro semanas.

Así es que al cabo de más o menos un mes a un mes y medio, el cuadro aparece estabilizado y la sintomatología tiene alguna permanencia. Por lo tanto el diagnóstico debe ajustarse a estas condiciones, ya que de esta evaluación depende el conjunto de medidas terapéuticas que se disponen en tomo del paciente.

3. El diagnóstico escalar y vectorial

Existen en la bibliografía contemporánea numerosos protocolos en los que se ha buscado matematizar los resultados obtenidos. Pueden citarse, sólo como ejemplos, el muy conocido Test de Boston de Goodglass y Kaplan, el Porch Index of Cognitive Abilities (PICA) y el reciente Test de Aachen, en amplio uso en la Comunidad Económica Europea. Todos ellos han buscado instrumentos matemáticos con el propósito hacer más manejables las evidencias obtenidas.

El instrumento que está c proceso de elaboración en grupo del Hospital Penna, parte de dos argumentos principales y desemboca en una posibilidad muy promisoriosa.

El primero de esos argumentos es que cualquiera de estas variables que se evalúan en el diagnóstico puede ser representada por una escala en la que cada número expresa un grado determinado de la valoración cualitativa. Es, en este aspecto, una escala directa. Todas las variables tienen en el cero (0) su rendimiento más bajo y en puntos que van de 5 a 8, ó 10 sus rendimientos máximos.

El segundo argumento es que estos valores pueden, y son, dispuestos a lo largo de un vector, de modo que cada una de las zonas del vector corresponde a una de áreas exploradas, naturalmente, siempre en el mismo orden. De este modo, el estado de un paciente queda expresado por su vector y sucesivas evaluaciones, sea en controles diagnósticos, sea como registros de la evolución durante el tratamiento, quedan registrados y la comparación resulta muy simplificada, ya consiste exclusivamente en la comparación de dos vectores entre sí.

La población estudiada puede ser representada por una matriz de datos cuyas filas son los vectores de los diferentes pacientes y cuyas columnas son las variables exploradas.

La posibilidad a la que se hace referencia tiene que ver con el seguimiento de la evolución de cada uno de los pacientes. Las diferentes áreas pueden revelar sus diferencias a lo largo del tratamiento y pueden deducir de ellas las modificaciones necesarias con tiempo suficiente. Hay que agregar que este tratamiento de los datos se simplifica notoriamente si todo el procedimiento es informatizado.

4. Tratamiento de la persona afásica

El tratamiento de una persona afásica debe ser multidisciplinario y adecuado en calidad e intensidad (3). Se desprende de lo dicho en el punto 2 que el tratamiento comienza desde el paso del servicio de terapia intensiva a la sala de terapia intermedia, o a la sala general. De acuerdo a la evaluación realizada, el paciente debe ser protegido de estímulos intempestivos sobre su lenguaje. Debe, en la generalidad de los casos restringirse la comunicación a los códigos no verbales y mantener a la persona en una situación de tranquilidad, la que sólo debe interrumpirse en momentos en que sea inevitable (inyecciones, cambiar al paciente, alimentarlo, sesión kinésica).

En la segunda etapa evolutiva podrán instrumentarse diversos recursos comunicativos verbales, los que, del mismo modo que en la etapa posterior deben cumplir las siguientes pautas, para todas las terapias:

- el paciente tiene que sentirse bien dispuesto hacia la terapia
- debe haber seguridad de que existe motivación hacia el tratamiento
- la temática seleccionada para la sesión debe ser siempre novedosa e interesante para el paciente.

Pero en esta segunda etapa se pondrán en práctica los diferentes programas de tratamiento elaborados para esta persona

en particular el kinésico, el del lenguaje y el psicológico. Con relación a este último, no sólo comprende a la persona afectada sino también a su familia.

El psicólogo tendrá especial cuidado en determinar qué miembros de la familia asumirán el cuidado directo del paciente los instruirá con respecto a las particularidades del cuadro que padece el paciente y acerca de la naturaleza de la comunicación que se establecerá con él. A su vez, con el paciente, mediante las técnicas de comunicación que sean más adecuadas (en el caso en que no sea posible apoyarse en la comunicación verbal), establecerá un clima de expectación positiva con respecto a las perspectivas del tratamiento, temática que constituirá lo más importante de las sesiones siguientes.

El tratamiento kinésico se propone establecer condiciones adecuadas para la autonomía motora del paciente. Entre los primeros objetivos se halla la bipedestación y la marcha pero también la utilización gradual y progresiva de la mano.

El kinesiólogo observará los recaudos establecidos para el paciente, en lo concerniente a la comunicación y al estado anímico.

La terapia ocupacional operará en estas primeras instancias en el restablecimiento de los hábitos de cuidado personal, con la debida consideración de las condiciones del paciente. En una etapa ulterior se buscará habilitar al afectado en sus preferencias personales en cuanto a ocupaciones placenteras (hobbies). Para el caso en que esto no fuera factible, se propondrá algún tipo de ocupación manual que se constituirá en la actividad central a lo largo del tratamiento.

El tratamiento psicopedagógico en estas primeras instancias sólo será practicable en situaciones en las que el cuadro no sea grave, de modo que el

paciente pueda apoyarse en el código lectográfico. De todos modos hay que prever que esta acción estará muy coordinada con la terapia del lenguaje.

5. Terapia del lenguaje

La concepción acerca del lenguaje orienta necesariamente las estrategias terapéuticas. Así, quienes consideran que el lenguaje es una función exclusiva o predominantemente externa, tienden a dirigir sus esfuerzos a que el paciente "hable bien". Por el contrario, quienes pensamos que es una función interna del cerebro, orientamos las estrategias terapéuticas a reorganizarlo internamente, es decir, en lo que concierne a la memoria semántica, a la red semántica (11).

Consiguientemente, lo primero que debe crearse en la sesión es que el paciente, según su gravedad, experimente la necesidad de decir algo sobre algo que le interese. Esa necesidad impelerá a la persona a realizar sucesivamente la selección semántica indispensable para organizar su mensaje. La terapeuta colaborará, sobre todo, dando todo el tiempo necesario y cooperando para que la impaciencia no complique los esfuerzos que realiza el sujeto. Oportunas facilitaciones que no deben intensificar la molestia del paciente por no lograr, como antes, elaborar el mensaje, ayudarán a la selección semántica que, nuevamente, estará a cargo del paciente y no del terapeuta.

Es el programa semántico el que dispondrá el correspondiente programa fonológico-sintáctico que, como es esperable será, por el momento, imperfecto.

Las correcciones del terapeuta serán efectivas si no interrumpen la corriente comunicativa, por lo que habrá que elegir los momentos más oportunos y corregir lo que sea necesario.

El paciente debe sentirse complacido al terminar cada sesión puesto que ella no le representa nada desagradable sino que, por el contrario, cada sesión resulta novedosa y entretenida.

La intensidad no debe ser menor de tres sesiones por semana que estarán reguladas por la fatigabilidad del sujeto.

Puesto que ciertos pacientes deben recibir diversas terapias cada día es razonable que se coordinen las citas, de modo que en una jornada se concentren diversas terapias. También es indispensable que haya un lugar agradable en el que las personas atendidas compartan su tiempo mientras esperan sus horarios de atención.

Referencias bibliográficas

1. ABAL, J.E. El hospital de día: una alternativa para la problemática múltiple del paciente afásico. En: **Conociendo la realidad del afásico**. Rosario, ADINA, 1996, pp. 15-37.
2. AZCOAGA, J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología)**. Buenos Aires: El Ateneo, 1985.
3. AZCOAGA, J.E. y DONOSO, S.A. ¿Es la Afasiología una especialización? En: **Conociendo la realidad del afásico**. Rosario, ADINA, 1996, pp. 84-93.
4. GEROMINI, N.G. La persona del afásico. En: **Conociendo la realidad del afásico**. Rosario, ADINA, 1996, pp. 6-9.
5. MARACHLIAN, C. y SEZINO, R. Repercusión de la afasia en el paciente, en su pareja y en su vida familiar y social. Rol de los grupos de autoayuda. En: **Conociendo la realidad del afásico**. Rosario, ADINA, 1996, pp. 38-43.
6. PEÑA, E. Peso de los factores emocionales premórbidos en la evolución terapéutica de la afasia. Actas del IV^{tas} Jornadas Nacionales de la Sociedad Neuropsicológica Argentina. Buenos Aires, 1987.
7. PEÑA, E. Terapéutica: modelo teórico de rehabilitación de la afasia. Actas del I^{er} Encuentro Sudamericano de Fonoaudiología. Curitiba, 1988.

8. PEÑA, E. Los problemas de rehabilitación del lenguaje. Actas de las II^{das} Jornadas Nacionales de APINEP. Buenos Aires, 1988.
9. PEÑA, E. Diagnóstico y terapéutica del lenguaje en el adulto. Actas del I^{er} Congreso Latinoamericano de Neuropsicología. Buenos Aires, 1989.
10. PEÑA, E. Afasia y reeducación: pronóstico. Actas del II^{do} Congreso Latinoamericano de Neuropsicología. Sao Paulo, 1991.
11. PEÑA, E. El enfoque GS-15 para el tratamiento de la afasia. Actas del III^{er} Congreso Latinoamericano de Neuropsicología. Montevideo, 1991.
12. PEÑA, E. Interacción de factores en la evolución del afásico adulto. En: N.Rodríguez y L. Lessa Mansur (Comps.) **Temas en Neuropsicología**. Sao Paulo: Edición Sociedade Brasileira de Neuropsicología. 1993. Vol. II, pp. 78-91.
13. PEÑA, E. Metodología del diagnóstico en Neuropsicología. El tratamiento del individuo afásico adulto. Principios y características del pensamiento. Actas de las III^{ras} Jornadas de Actualización de APINEP, Filial Córdoba. Córdoba, 1994.
14. PEÑA, E. ¿Qué es lo que se altera en la afasia? Actas del IV^{to} Encuentro Nacional de Neuropsicología. San Luis Potosí. México. 1995.
15. SÁNCHEZ, O.; GONZÁLEZ DEL CERRO, A. y STEIN, E. Situación legal y laboral del paciente afásico. En: **Conociendo la realidad del afásico**. Rosario, ADINA, 1996, pp. 52-83.
16. SEGRE, R. Síntomas no lingüísticos de la afasia. **Fonoaudiológica**. 1976, 1- 2: 47-49.
17. ZENOFF, A.J. Niveles de prevención de la afasia. En: **Conociendo la realidad del afásico**. Rosario, ADINA, 1996, pp. 44-51.