LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE AFÁSICO: ¿Utopía o realidad?

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

Todavía podía hablar. Hizo una pausa, buscó y encontró lo que parecía al principio un sonido útil; pero de las células adyacentes surgieron impostores que tomaron el sitio de las palabras que necesitaba; y su mirada implorante decía que intentaba en vano razonar con los monstruos que habían dominado su cerebro.

Tomado del poema "Fuego pálido" (Navokov) 16 (pág.65)

Introducción

En el marco de los avances de los conocimientos registrados en Afasiología⁵, fundamentalmente en las últimas décadas, es posible afirmar que no existe ninguna razón por la cual un paciente afásico tenga que ser sometido al abandono por parte de las autoridades y de los profesionales responsables y padecer así una afasia de por vida puesto que, con los medios técnicos adecuados y con el tratamiento correcto y oportuno, hasta los pacientes afásicos graves pueden ser devueltos a su vida normal. Por tanto, la afasia no es una enfermedad irreversible y como discapacidad lingüística puede ser irreversible sólo en una pequeñísima franja de pacientes: los portadores de afasias muy severas quienes -aún así- pueden resultar beneficiados y alcanzar un grado de recuperación aceptable o medianamente aceptable para los requerimientos de la vida cotidiana.

I- La persona del afásico

A medida que se profundiza en los distintos aspectos de la afasia fácilmente se advierte que existe un desconocimiento generalizado de lo que es esta patología . Esto no sería alarmante en relación con la población en general puesto que muchos aspectos científico-técnicos están en la conciencia colectiva sólo en forma fragmentaria o errónea sin que ésto tenga repercusiones negativas. Lo verdaderamente sensible es que hasta en el medio profesional la situación de estos pacientes no es suficientemente conocida. Esto es así no porque no se conozca que afásico es quien ha perdido total o parcialmente su lenguaje sino porque se desconoce que SÓLO ha perdido el lenguaje y por lo tanto conserva⁴:

- 1- Su comportamiento cotidiano
- 2- Su ubicación frente al mundo
- 3- Sus vínculos afectivo-emocionales
- 4- Su percepción de la realidad social, de las actitudes de los demás y, sobre todo:
- 5- De su propia limitación y de la escasa ayuda que recibe.

Si esta ignorancia supina es lesiva para la recuperación del paciente más perjudicial aún es la vigencia que todavía tiene -en algunos medios profesionales- el supuesto de que el afásico está demenciado o disminuido en sus facultades.

Si bien la denominación de afasia para esta patología ha privilegiado la pérdida del lenguaje, los afásicos son portadores de una problemática múltiple porque:

- 1- A los trastornos lingüísticos pueden asociarse agnosias y apraxias.
- 2- Porque estas dificultades también se expresan en los códigos lectoescrito, en el matemático y en el cálculo.
- 3- Porque existe una elevada incidencia de la asociación de hemiplejía del lado dominante a la afasia.
- 4- Porque esta confluencia de alteraciones conlleva un grado de discapacidad que tiene una repercusión inevitable en las áreas familiar, laboral y social.

Puestas las cosas de este modo, los afásicos son enfrentados bruscamente no sólo con la pérdida del lenguaje sino con la pérdida de otras funciones y si de pérdidas se trata éstas se extenderán a¹⁹ la autoestima, a los roles conyugal, familiar y social, al área laboral, a las actividades culturales, a las de recreación, a los proyectos futuros y hasta su capacidad civil. Estamos, para decirlo en los términos del título de una obra de Aleksandr Luria²¹ ante "El hombre con su mundo destrozado".

Este conjunto de pérdidas imprime en cada afásico modificaciones psicológicas que serán posicionadas en cada caso en particular dentro de su propia historia personal y provocarán vivencias que, arrancando del fuerte quebrantamiento que la persona afásica experimenta hasta su raigambre más profunda, lo sumergen en el sufrimiento y en la desorientación. Esto es en definitiva lo que justifica que la **persona** del afásico sea

atendida antes, durante y después del restablecimiento de las funciones perdidas o disminuidas.

En el sentido ontológico y antropológico puede decirse que la atención terapéutica debe estar dirigida, en este caso, al hombre afásico y no a la afasia, en este marco teórico, la enfermedad es en el hombre materia existencial, algo que tiene, que maneja y ante lo cual reacciona, toma postura y establece un comportamiento de sí mismo que depende de ella. En este sentido, **cada afásico será único e irrepetible** aún cuando comparta características de la afasia con otros afásicos, concepto éste que puede sintetizarse en la conocida ley antropológica que establece que:

"Cada hombre es, en ciertos respectos, como todos los hombres, como algunos hombres, como ningún otro hombre" ⁸; (Pág.67).

Cualquier enfermedad puede conducir a la muerte, de hecho no todas la producen y hay otras que provocarán una **muerte parcial del hombre**¹⁰, esto último se corresponde con la situación de la persona afásica puesto que una parte de su cerebro ha muerto. Pero ésta, como una modalidad de la muerte, no es la única que le tocará vivir al paciente ya que -en el marco de lo dicho anteriormente- la persona afásica sufre de **muerte social**. Que hay muerte social queda demostrado en las distintas formas en que es obviado, en los discursos de otros puestos en reemplazo de su propio discurso, en las limitaciones de los vínculos sociales, en el alejamiento de sus amigos y allegados y hasta de sus familiares directos, en la imposibilidad de seguir el ritmo frenético que caracteriza a la sociedad moderna, en la inflexibilidad del plazo concedido por las leyes laborales para su reincorporación al trabajo y por los obstáculos -generalmente insalvables- que encuentra en el medio social para reinsertarse en otras actividades laborales cuando han quedado secuelas que no le permiten retomar su trabajo anterior.

Es común que el hombre sea definido desde su función social¹¹ lo cual lleva a su explicación desde afuera como si fuera un objeto o un producto industrial. Sin embargo, definirlo desde su experiencia personal permitirá que en su conducta¹², que tiene un fin socialmente reconocido y que lleva a la producción de cambios sociales útiles, pueda verse a la persona que hay detrás. El mundo del hombre es siempre un mundo de hombres⁸ integrado en una sociedad humana que es un organismo vivo, una estructura óntica. Los individuos de esta sociedad se vinculan entre sí y con un hábitat mediante sistemas de relaciones que -en sentido genérico- son denominados "cultura". Este ser gregario por naturaleza transcurre su vida entre los límites que le fijan su nacimiento y su muerte inmerso en las estructuras sociales y culturales que lo determinan y a las que determina, en estrecha ligazón con las características particulares de la trama de su historia individual.

En este complejo accionar del hombre en la sociedad, puede decirse que ante la irrupción de una enfermedad se ponen de manifiesto motivos sociales que inciden en

el sentimiento de enfermedad¹⁷, es decir, que no todas las enfermedades tienen la misma repercusión a nivel social. Retomando el aspecto referido a una función cabe preguntarse ¿cuál es el costo social del deterioro o de la pérdida del lenguaje? El lenguaje, función hominal distintiva, es el sustento de la forma más privilegiada de comunicación social. Por tanto, cuando una persona pierde su lenguaje pierde uno de los pilares fundamentales de la vida social y -en mayor o menor medida- va sufriendo las distintas alternativas del aislamiento porque tanto en el medio social como familiar se lo separa y olvida sólo porque carece de una comunicación verbal fluida. En el mismo orden de cosas, ha perdido -junto con su lenguaje- la posibilidad de comunicar verbalmente sus vivencias de la enfermedad, de hablar de ella como testigo e intérprete de su mundo¹⁷, de su cuerpo y de su intimidad y de establecer una relación terapéutica básicamente verbal.

La enfermedad es un estado del hombre y el hombre enfermo es básicamente un ser que sufre. Así como puede decirse que muchos hombres nunca han experimentado la felicidad 11 puede afirmarse que no existe ninguno que nunca haya sufrido. Comprender el sufrimiento de un ser en estado de enfermedad y asistirlo mediante la ayuda técnica requiere no sólo de un sentimiento compartido sino además de la capacitación y especialización adecuadas. La relación terapéutica 17 es una relación interhumana y una relación de ayuda mientras que el aspecto técnico de esta relación requiere del conocimiento científico previo de aquellas realidades sobre las que el terapeuta debe actuar.

II- Diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las patologías neurológicas del lenguaje

El paciente afásico puede y debe rehabilitarse. Para que ésto ocurra, es necesario cumplir con una serie de requisitos, que aunque son de rutina en la medicina asistencial, no siempre se cumplen en estos casos. Estos son: hacer el diagnóstico de lenguaje a tiempo y bien y planificar el tratamiento de acuerdo con este diagnóstico y con el período evolutivo que cursa la enfermedad. Lamentablemente muchos pacientes llegan con "daños lingüísticos" prácticamente irreversibles porque existe un desconocimiento generalizado acerca del momento y forma de abordar la terapia lingüística. Sólo la modificación de esta realidad permitirá dar cumplimiento, en el paciente afásico, al primer mandamiento de la medicina: "*Primum non nocere*".

1- Requisitos para el diagnóstico de lenguaje

En lo relativo a la pérdida del lenguaje, ésta requiere de un estudio adecuado para definir claramente o lo más claramente posible, la situación en la que se encuentra el paciente. El diagnóstico médico, ésto es, determinar con precisión la naturaleza y ubicación de la lesión neurológica, 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 y social⁴. Estos aspectos raramente son estudiados a pesar de ser factores de peso en el pronóstico.

Instalada la patología cerebral, el diagnóstico del lenguaje debe hacerse en forma rápida y precisa. Esto redunda en beneficio del paciente tanto en los aspectos lingüísticos como en los psicológicos. Basta recordar que, tal como lo demostraran A.Basso, E.Capitani y A.Vignolo (1979)⁷ y M.Taylor Sarno y E.Levita (1979)²⁶, los 3 primeros meses a partir de la instalación de la afasia, son de marcada mejoría para todos los pacientes independientemente del tipo clínico de afasia y que la mayor ganancia lingüística se ubica entre los 6 y 11 meses de tratamiento (la referencia se relaciona con los tratamientos iniciados de inmediato). Es decir que debe atenderse al trastorno del lenguaje con urgencia y con las técnicas adecuadas; no sólo para evitar daños irreversibles sino además porque existe esta relación directa entre el éxito del tratamiento y su rápida iniciación.

Como ya se ha dicho, el paciente adulto con trastornos neurológicos del lenguaje presenta una problemática múltiple, por ello es necesario que junto con el lenguaje sean estudiadas las restantes funciones cerebrales superiores, es decir, las gnosias y las praxias. Del igual modo, junto con el estudio de las tres funciones cerebrales superiores deben evaluarse los códigos que, mediante el aprendizaje pedagógico, se han organizado a partir de ellas, es decir, los códigos lectoescrito y matemático. También es necesario evaluar la función mnésica.

Como se comprenderá la exploración completa del paciente adulto es compleja y la recolección de los síntomas debe ser ordenada, paciente y minuciosa. De igual modo debe procederse en el procesamiento de los datos recogidos durante el estudio diagnóstico para poder dar respuesta a los dos interrogantes básicos de este proceso de conocimiento, éstos son: ¿qué tiene el paciente? y ¿por qué lo tiene?. Dicho de otro modo, sin los diagnósticos clínico y fisiopatológico y el establecimiento del grado de severidad del cuadro, no es posible encauzar con exactitud los esfuerzos terapéuticos:

"...Sólo cuando el diagnóstico ha logrado acabamiento y precisión puede alcanzar pleno rigor técnico la operación sanadora. Puesto que la técnica es en esencia, un saber hacer sabiendo por qué se hace aquéllo que se hace, el diagnóstico es condición inexcusable del tratamiento "según arte". *Qui bene diagnoscit, bene curat...*" 17 (pág. 409).

2- Niveles de gravedad del trastorno lingüístico

Es sabido que no existe una nomenclatura universal para la clasificación de las afasias, algunos autores describen numerosos tipos clínicos otros las reúnen según sean fluentes o no fluentes. Desde el marco teórico adoptado para el presente trabajo 1,2,6; se reconocen dos tipos de trastornos neurológicos del lenguaje: uno que afecta exclusivamente a la comprensión verbal (procesos de codificación y descodificación semánticas) y otro que recae sobre la elocución del lenguaje (procesos de codificación

fonológica y morfosintáctica). Al primero se lo denomina Síndrome afásico (considerando que es la afasia propiamente dicha puesto que implica² la patología del lenguaje interno) y al segundo: Síndrome anártrico.

Quien siente la necesidad de alcanzar el conocimiento de una manera determinada a través de formas del raciocinio, apela a un método, entendiendo a éste como al conjunto de reglas del raciocinio que el sujeto aplica para alcanzar el conocimiento. Es del sujeto, es una suerte de guía o de secuencia de la actividad racional del sujeto. Por tanto, también es inevitable una brevísima referencia al método de trabajo puesto que la orientación que lo inspira es sobre la que asienta la interpretación del grado de severidad.

Posicionándose de este modo, puede decirse que la metodología de trabajo es fisiológica y fisiopatológica, por tanto, se arriba a un doble diagnóstico: el diagnóstico clínico de lenguaje (basado en la exploración semiológica) y el diagnóstico fisiopatológico (formulado a partir de la identificación de los procesos fisiopatológicos responsables de la producción de los síntomas) 1,6. El primero determina los contenidos del plan terapéutico y el segundo la forma de administrarlo.

En esta postura teórica ya referida, el grado de severidad del trastorno lingüístico queda determinado por el nivel de depresión funcional de la estructura funcional cerebral afectada según el tipo de trastorno clínico y se expresa en la producción de determinados síntomas para cada nivel. Para el caso del Síndrome afásico se reconocen cinco niveles de depresión funcional: I (leve); II (de leve a moderado); III (moderado); IV (de moderado a severo) y V (severo). En el Síndrome anártrico los niveles de depresión funcional son tres: I (leve); II (moderado) y III (severo). Como ya quedó dicho, cada nivel es reconocido mediante la exploración semiológica durante el proceso del examen diagnóstico.

3- Períodos evolutivos por los que cursa la enfermedad

Ambos síndromes mencionados, cursan por 4 períodos evolutivos que deben ser tenidos en cuenta no sólo para la instrumentación de la exploración diagnóstica sino además para la terapia lingüística pues cada período tiene objetivos terapéuticos muy diferentes⁶.

3.a- Período agudo

Este período en el cual el paciente aún se encuentra internado; puede extenderse durante unas horas o por espacio de algunas semanas según la severidad de la lesión neurológica.

En esta fase interesa observar la evolución espontánea para poder formular una hipótesis diagnóstica tanto del cuadro lingüístico clínico y fisiopatológico como de su grado de severidad. Para ello, es importante ver al paciente diariamente en distintos

horarios cada día (y en el mismo día); de este modo puede registrarse si existen cambios positivos (mejoría) o no en las características del cuadro lingüístico.

En síntesis, este período puede calificarse de preventivo, vincular y de resolución puesto que la tarea del terapeuta del lenguaje debe dirigirse exactamente a:

- prevenir la aparición de "daños" lingüísticos irreversibles,
- intervenir tempranamente en los aspectos motivacionales para evitar la pérdida de interés por las relaciones cognitivas;
- prevenir la instalación de la desconexión y por ende del aislamiento del paciente;
- determinar, a través de las observaciones diarias y del registro de la sintomatología que se va presentando, cuáles serán los momentos de iniciar la exploración diagnóstica más pautada y de comenzar las acciones terapéuticas directas.

Va sin decir que es fundamental la orientación al medio familiar al cual debe brindársele pautas precisas acerca de la forma más adecuada de comunicarse con el paciente para evitar la aparición de formas indeseables (por ejemplo: estereotipias) que luego serán de difícil remisión y factores que gravitarán en forma negativa sobre el tratamiento activo.

3.b- Período subagudo

En este período, en el cual el paciente puede estar internado o no, la evaluación es breve y debe dirigirse a obtener una pequeña muestra del lenguaje y de los códigos lectoescrito y matemático para establecer tanto el grado de desorganización como el tipo de correlación entre ellos. Los objetivos se dirigen a la readaptación y a la profundización diagnóstica.

3.c- Período de estado

En este período, que se extiende de uno a tres años, la exploración diagnóstica es francamente analítica y formal pues existe una estabilización de los síntomas y del cuadro clínico neurológico. En lo terapéutico es un período de aplicación de planes compactos y pormenorizados.

3.d- Período de secuela

Si el paciente no lograra la recuperación total del trastorno lingüístico, en este período se aborda su reubicación laboral y social de acuerdo con sus posibilidades.

4- Momento de iniciación de las tareas diagnóstica y terapéutica

Estas actividades deben iniciarse una vez que el paciente ha superado la etapa de cuidados intensivos. El trastorno del lenguaje debe ser atendido con urgencia no sólo para evitar la aparición de daños irreversibles sino también, como ya se ha dicho, porque hay una relación directa entre el éxito del tratamiento y su rápida iniciación.

5- Motivos del fracaso de las terapias del lenguaje

Los motivos más comunes y **evitables** del fracaso de las terapias del lenguaje pueden ser resumidos como sigue:

- a) La falta de recursos económicos
- b) La falta de trabajo en equipo
- c) La falta de especialización en Afasiología y Neuropsicología
- d) Los efectos nocivos de tratamientos previos
- e) La derivación tardía de los pacientes
- f) La falta de asistencia psicológica al paciente y a su familia.

6- Requisitos para la rehabilitación de estos pacientes

Es sabido que no existen centros especializados en la atención en Afasiología, no obstante esto, no es ocioso puntualizar aquí cuáles son los requerimientos de estos pacientes para arribar a su recuperación.

Por la complejidad de su situación necesitan de⁴, 6:

6.a- Un equipo diagnóstico y terapéutico

Los integrantes del equipo deben estar especializados en Afasiología y deben contar con una orientación científica y técnica uniforme. Al mencionar este tipo de especialización es del caso puntualizar que la misma también deber ser abordada en la Fonoaudiología. En nuestro país los terapeutas del lenguaje son fonoaudiólogos pero y ésto es lo destacable- no todos los fonoaudiólogos son terapeutas del lenguaje puesto que también en la Fonoaudiología la Afasiología debe ser un área de especialización.

Las dificultades que se presentan para el trabajo en equipo son múltiples, variadas y abarcan un amplio espectro 14 que va desde la situación individual de cada terapeuta (motivaciones, nivel de formación, etc.) de cada paciente, de su familia, hasta la falta o insuficiencia de instituciones centrales con comodidad de acceso y derivación y con lugar e instrumental suficiente para el estudio y tratamiento de estos pacientes. También constituye un obstáculo importante la falta de un plan de salud, en el cual se jerarquice la actividad preventiva de esta enfermedad y que provea de una atención integral e integrada al paciente afásico con miras, no sólo a una restitución socialmente útil, sino además, a devolverle el máximo nivel de salud y bienestar personal que sea posible.

En cuanto a la formación universitaria 14, es oportuno recordar aquí el déficit general de la Afasiología como disciplina universitaria, su ausencia, deficiencia o desactualización en la mayor parte de los planes de estudios destinados a formar a los profesionales que, en la práctica, participan en la atención de este paciente.

Tal como quedó expuesto, las dificultades son muchas pero también muchas son las posibilidades de aportar, desde la experiencia personal, sugerencias al respecto de estos lugares comunes a todos los profesionales. Formar un todo dinámico y eficiente entre el equipo, el paciente y su familia no parece ser tan difícil si se cuenta con 14:

- a) Instituciones destinadas a tal fin que formen parte de un plan de salud.
- b) Una formación universitaria interdisciplinaria y técnicamente adecuada a la realidad del ejercicio profesional.
- c) Una base conceptual común acerca de jerarquizar la salud sobre la enfermedad y de que ésta es un estado del hombre.
- d) Una conducta solidaria, de ayuda recíproca y de respeto mutuo con el paciente y con el resto de los integrantes del equipo destacando, simpre, la actividad grupal sobre la individual.

Hechas estas reflexiones es el momento de calificar al tipo de equipo que se necesita. La relación multidisciplinaria entre las disciplinas²² tiene el fin de aprehender la realidad como a un todo, todas las disciplinas colaboran en la recuperación del enfermo y en el cumplimiento de los objetivos. En cambio, la relación interdisciplinaria es la verdadera relación entre las disciplinas, las cuales, siendo autónomas, tienden a ensamblarse con el resto cuando es necesario sin ninguna artificialidad.

Se han descripto²² distintas modalidades de la relación interdisciplinaria: instrumental, estructural, operativa, metodológica, limítrofe y teórica. Dentro de estas posibilidades, *las relaciones interdisciplinarias operativa y metodológica*, parecen ser las más aptas para este quehacer por estar caracterizadas por un objetivo social en el que confluyen varias disciplinas y métodos que deben ser tratados por especialistas quienes aportan su formación, siendo el método de trabajo el punto de convergencia entre las disciplinas.

6.b- Un equipamiento técnico

Que permita los distintos diagnósticos: neurológico, fisiátrico, de lenguaje, psicológico, etc. y que aporte a las respectivas terapias.

6.c- Un Centro de Rehabilitación o Institución Central

Que cuente con comodidades de acceso y derivación, de tal complejidad que permita:

- a) El diagnóstico complejo y jerarquizado
- b) Los tratamientos lingüísticos individual y grupal
- c) La realización del resto de los tratamientos requeridos
- d) La adaptación del paciente y su familia
- e) La organización de su tiempo libre.

Sólo este tipo de instituciones que incluyen al paciente en forma ambulatoria (Hospitales de Día) pueden brindar las soluciones adecuadas siempre que cuenten con **personal especializado en Afasiología y Neuropsicología.**

También debe decirse que la experiencia internacional ratifica constantemente este concepto y al que se relaciona con el hecho de que el equipo interdisciplinario debe desempeñarse en instituciones asistenciales. Esto es así porque desde la práctica privada no es posible abordar estos niveles de complejidad; porque de este modo los demás profesionales de la Institución o de la zona tendrían tanto la necesidad como la vía de derivación de los pacientes y, finalmente, porque tendería a favorecer cada vez más la especialización afasiológica de los distintos profesionales del equipo y su integración a él sería creciente y perfectible.

Pero lo verdaderamente trascendente⁴ es el efecto positivo que el resultado de este tipo de tratamiento, efectuado con todos los requisitos científico-técnicos actuales, podría llegar a tener sobre la sociedad -y, particularmente sobre los profesionales intervinientes- pues irían desapareciendo las ideas erróneas acerca de la recuperación de esta enfermedad.

7-¿Cómo se fija el pronóstico de estos pacientes?

La elaboración del pronóstico es tan compleja como la situación misma del paciente afásico puesto que **se trata de fijar el pronóstico de una persona que sufre de afasia y no de la afasia²³**. Por tanto, debe ser efectuado sistemáticamente y considerando una multiplicidad de factores como así también la jerarquización e incidencia de cada uno de ellos.

Habitualmente, el pronóstico del paciente afásico, es fijado sobre factores como la etiología, la gravedad del trastorno lingüístico, la localización y extensión de la lesión y la edad²³. No obstante esto, cuadros lingüísticos neurológicos semejantes guardan un comportamiento diferente en el curso terapéutico y en los logros finales y -sin que surjan complicaciones clínicas o neurológicas- algunos arriban a la recuperación completa y otros no. Estas realidades están indicando que estos factores mencionados no son suficientes para determinar el pronóstico de un paciente afásico. Como se verá seguidamente la situación es mucho más compleja.

En una investigación efectuada en nuestro país por E. Peña de Azcoaga²³ y presentada en el I Congreso Latinoamericano de Neuropsicología (1989); se identificaron 65 factores vinculados al pronóstico de estos pacientes; de ellos se aislaron y estudiaron la interrelación de 25 factores considerados los más activos dividiéndolos en cuatro categorías, a saber:

a) Biológica:

- * Etiología y extensión de la lesión
- * Severidad neurológica del cuadro
- * Conciencia del paciente acerca de su estado
- * Edad
- * Tipo de trastorno lingüístico

b) Biográfica:

- * Tipo de personalidad premórbida
- * Dinámica familiar
- * Nivel de instrucción
- * Historias laboral y social

c) Rehabilitatoria:

- * Evaluación y tratamiento inmediatamente posteriores a la instalación de la lesión
- * Tipo de enfoque terapéutico utilizado
- * Tiempo y frecuencia semanal del tratamiento
- * Atención psicológica del paciente y de su familia
- * Atención en equipo.

d) Emocional:

- * Estado emocional del paciente al inicio, durante y al finalizar el tratamiento de lenguaje
- * Alteraciones de la dinámica familar y comportamiento adoptado para enfrentar a la enfermedad
- * Motivación del paciente
- * Motivos causantes del abandono del tratamiento

A su vez, estos 25 factores pueden subdividirse -según el papel que juegan en el pronóstico- en: factores **determinantes y determinables**. Los primeros, son los que provocan, caracterizan y conforman a la enfermedad y no admiten modificación desde la terapéutica; se trata de los factores pertenecientes a las categorías biológica y biográfica. Los segundos, los determinables, interesan particularmente porque pueden ser modificados desde el exterior, es decir que <u>se conjugan con los factores determinantes en el pronóstico de un paciente en forma positiva o negativa según sea la terapéutica ejercida sobre ellos</u>. Estos factores son los ubicados en las categorías rehabilitatoria y emocional.

Por último y remitiéndose a la parcialidad de la terapia del lenguaje podría agregarse- a los mencionados anteriormente- otro factor de pronóstico. Este está dado por la personalidad del terapeuta del lenguaje, la cual interactúa con la personalidad del paciente en el ámbito de la relación terapéutica. En este sentido, y considerando que el terapeuta del lenguaje toma contacto con el paciente cuando éste inicia su proceso de duelo por la pérdida de las funciones, en el contexto psicológico del efecto altamente desestructurante que ocasiona el cuadro neurológico⁹; será de gran

importancia¹⁴ que el terapeuta pueda disociar sus propias situaciones internas de la relación terapéutica como tal, para evitar anomalías y distorsiones que provocarían el entorpecimiento de la labor terapéutica. Deberá también, situarse ante al paciente afásico sintiendo que está frente a un hombre enfermo que necesita de una actitud solidaria además de conocimientos científico-técnicos especializados. Partiendo de una actitud optimista y positiva, tendrá que bregar por la optimización de las potencialidades del paciente para llevarlo a un rol protagónico de su terapia convirtiéndolo en un miembro activo, tan activo como el terapeuta. Arribar, según las palabras de P.Laín Entralgo¹⁷ (pág. 349), a la "cuasi díada" terapéutica.

Reflexiones finales

La afasia no es una enfermedad rara ni infrecuente y, si bien existe una pluralidad etiológica, es necesario recordar que los AVC tomados en su conjunto representan las tres cuartas partes de las causas determinantes como así también que la edad más frecuente de aparición es entre los 50 y 60 años⁶. Estas aproximaciones se acercan a las expresadas en otros países. Así por ejemplo, en EEUU se considera que el 83% del origen de las afasias son los AVC y que el 61% de los pacientes tienen alrededor de 50 años¹⁶. En relación al mismo país, S.C.Stein²⁵, estima que unos 400.000 norteamericanos son afectados, anualmente, por AVC. Otros estudios coinciden en el predominio de los AVC⁶ como es el caso de los efectuados por L.A.Vignolo (1964): 82.60% (sobre 69 casos); A.Kertesz y P.McCabe (1975): 77.40% (sobre 111 casos) y A.Donoso (1982): 81.94% (sobre 72 casos) y en nuestro medio, los de J.Citrinovitz (1971): 75.40%; (sobre 240 casos); B.Derman (1971): 70.78% (sobre 89 casos); N.G.Geromini (1983): 68% (sobre 100 casos)^{6,13}. Por otra parte, se sostiene que en nuestro país la mortalidad por AVC alcanza el 9.9% siendo ésta la tasa más alta de América²⁴.

De hecho nada sería tan beneficioso como abordar la prevención de los AVC; en este sentido, algunos autores, como S. López Pousa y col.²⁷ sostienen que es posible conocer la probabilidad de desarrollar un AVC y -según P.B. Golerick-²⁷ cumpliendo con determinados requisitos los AVC que pueden ser prevenidos pueden llegar al 80%. Sin embargo, si éstos no pueden ser evitados, se deberán encarar también los aspectos preventivos pero referidos a los daños lingüísticos una vez instalado el AVC. En este sentido, es importante destacar aquí que los AVC son considerados^{3,27} por los neurólogos, especializados en Afasiología, como verdaderas emergencias y desde el punto de vista médico requieren atención especializada de ese tipo. El mismo criterio se aplica a la participación del terapeuta del lenguaje quien deberá actuar con criterio de emergencia^{3, 27} en la tarea preventiva que debe efectuar en el momento agudo.

Cualquier medida destinada a restringir los daños lingüísticos es oportuna y merece ser intentada; cualquier esfuerzo, por grande que sea, que impida condenar al

sufrimiento de una afasia de por vida, adquiere su real dimensión en el marco de considerar a cada paciente en el devenir de su propia historia, con sus alternativas personales, con sus éxitos y fracasos, con sus proyectos futuros, con sus esperanzas, con su vida afectiva, en fin...considerarlo un ser, un hombre.

Tender a la revalorización de la solidaridad humana ante la irrupción de la enfermedad, la que deberá ser jerarquizada tanto como el saber científico-técnico en la relación terapéutica, entendiendo que:

"Soy hombre y nada de cuanto es humano me es extraño" (Terencio: "El hombre que se castiga a sí mismo" ^I, 1,25).

permitirá posicionarse desde otros lugares ante esta devastadora enfermedad que no siempre tiene la posibilidad de vencer cuando se la enfrenta con las estrategias adecuadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Azcoaga, J. E.; <u>Trastornos del lenguaje.</u> Buenos Aires: Ed. EL Ateneo; 1977. 2da.
- 2- Azcoaga, J. E.; <u>Del lenguaje al pensamiento verbal</u> Buenos Aires: Ed. El Ateneo. 1979.
- 3- Azcoaga, J. E.; Seminario de Aprendizaje y Patologías de las Funciones Cerebrales Superiores. Jornada de Clausura. Instituto Henri Wallon. Rosario, Noviembre de 1979.
- 4- Azcoaga, J. E.; La atención del paciente afásico. Editorial del <u>Boletín</u>

 <u>Informativo de A.P.I.N.E.P.</u> Año IV, N^O 30; Buenos Aires Julio de 1981.
- 5- Azcoaga, J. E.; Aspectos actuales de la Afasiología. En: J.E. Azcoaga (comp.)

 <u>Avances en Neurología.</u> Buenos Aires Ed. Científica Interamericana. 1984.
 Cap.XVIII; pp.:250-263.
- 6- Azcoaga, J.E.; <u>Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología).</u> Ed. El Ateneo, Buenos Aires 1985. 3ra. ed.

- 7- Basso, A.; Capitani, E.; Vignolo, A.; Influence of Rehabilitation on Language Skills in Aphasic Patients. <u>Arch.Neurol.</u> 36: 190-196, 1979.
- 8- Colacilli de Muro, J. C.; <u>El hombre y sus amos o la educación para la libertad.</u> Ed. Eudeba, Buenos Aires 1980. 2da. ed.
- 9- Efrom, R.; Algunas consideraciones sobre trastornos de la personalidad en el paciente afásico. Sección científica del <u>Boletín de la Liga Argentina de Orientación al Afásico (L.A.O.A.).</u> Buenos Aires Abril-mayo de 1983.
- 10- Freiheer von Gebsattel, V. E.; Sobre la estructura de sentido de la acción médica. En: **Antropología Médica.** Cap.IX. Se carece de otros datos.
- 11- Fromm, E.; <u>El amor a la vida.</u> (Trad. Eduardo Prieto). Ed.Paidós, Buenos Aires 1985. 2da. ed.
- 12- Fromm, E.; <u>Ser o Tener.</u> (Trad. Carlos Valdés). Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires 1986. 5ta.ed.
- 13- Geromini, N. G.; Implicancias neurolingüísticas en la anomia y las parafasias. Tesis del doctorado. Universidad del Museo Social Argentino. Facultad de Ciencias de la Recuperación Humana. Escuela Superior de Fonoaudiología. Bs. As. Marzo de 1984.
- 14- Geromini, N. G.; El equipo multidisciplinario en la rehabilitación del afásico.Relato Oficial.Ier. Encuentro Argentino sobre Afasiología. III Jornadas Marplatenses de Rehabilitación del Afásico. Mar del Plata, 7 al 9 de mayo de 1987.
- 15-Golerick, P. B.; citado en: Zenoff, A. J.; Niveles de prevención de la afasia. Ciclo de Conferencias: Conociendo la realidad del afásico. Asociación de Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología de Rosario (A.D.I.N.A.). Departamento de Asesoramiento en Afasiología. Rosario, 26 de agosto de 1995.
- 16- Jenkins, J. J. et al. <u>Afasia en adultos según Schuell. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.</u> (Trad. Irma Lorenzo). Ed. Panamericana, Buenos Aires 1976
- 17- Laín Entralgo, P.; <u>La relación médico enfermo . Historia y Teoría.</u> Ed. Revista de Occidente, Madrid. 1964.
- 18- Lemay, M.A.; El afásico y a Sociedad. En : Joanette, Y.; El afásico. Comunicación y daño cerebral. Ed. La Colmena, Buenos Aires 1991. Capítulo 11: pp : 151-163.

- 19- Létourneau, P. Y.; Consecuencias psicológicas de la afasia. En: Joanette, Y.; <u>El afásico. Comunicación y daño cerebral.</u> Ed. La Colmena, Buenos Aires 1991. Capítulo 4: pp: 44-63.
- 20- López Pousa S. et al.; citados en: Zenoff, A.J.; Niveles de prevención de la afasia. Ciclo de Conferencias: Conociendo la realidad del afásico. Asociación de Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología de Rosario (A.D.I.N.A.). Departamento de Asesoramiento en Afasiología. Rosario, 26 de agosto de 1995.
- 21- Luria, A. R.; <u>El hombre con su mundo destrozado.</u> (Trad. Floreal Mazía). Ed. Granica, Buenos Aires 1973.
- 22- Marín Ibañez, R.; Interdisciplinaridad y enseñanza en equipo. Seminario dictado en el CONICET, Universidad Nacional de Rosario. Se carece de otros datos.
- 23- Peña de Azcoaga, E.; Identificación y dinámica de los factores que interactúan en el pronóstico del individuo afásico adulto. Simposio de terapéutica de la afasia. I Congreso Latinoamericano de Neuropsicología. Buenos Aires Junio 20 al 23 de 1989.
- 24- Seitz, M.G. En ataques cerebrales la Argentina va a la cabeza. Artículo publicado en: Diario La Capital. Rosario, 5 de julio de 1995.
- 25- Stein, S. C.; Medical Management of Cerebrovascular Accidents. En: Chapey, R.; <u>Language intervention strategies in adult aphasia.</u> Ed. Williams & Wilkins, Baltimore 1981.
- 26- Taylor Sarno, M. et Levita, E. Recovery in Treated Aphasia in the First Year Post-Stroke. Stroke. Vol.10,No 6: 663-670, 1979.
- 27- Zenoff, A. J.; Niveles de prevención de la afasia. Ciclo de Conferencias: Conociendo la realidad del afásico. Asociación de Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología de Rosario (A.D.I.N.A.). Departamento de Asesoramiento en Afasiología. Rosario, 26 de agosto de 1995.