

RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS MÁS COMUNES ACERCA DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE HAN PERDIDO SU LENGUAJE

Dra. N. Graciela Geromini
A.D.I.N.A. ROSARIO

1- ¿De qué padece un paciente que perdió su lenguaje?

El paciente que carece total o parcialmente del lenguaje si está afectado en la elocución padece de anartria y si lo que perdió es la comprensión del lenguaje de los otros y la organización semántica de su propio discurso, padece de afasia. A estas alteraciones del código lingüístico se suman, en mayor o menor grado, distorsiones de otros códigos los cuales, durante su aprendizaje, requirieron del lenguaje, es decir: los códigos lectoescrito, matemático y el cálculo.

2- ¿Cuáles son las causas de estas enfermedades del lenguaje?

Son enfermedades neurológicas del lenguaje y se producen consecutivamente a una lesión del tejido cerebral provocada por causas vasculares (por Ej. ACV), tumorales, traumáticas, degenerativas e infecciosas. Los ACV tomados en su conjunto representan las 3/4 partes de las causas determinantes. En términos generales, esta incidencia de los ACV² corresponde a la segunda mitad de la vida

Estos son algunos de los conceptos vertidos en el Programa: Rosario habla de Salud.

Dirección: Dr. César Sors. 30 de septiembre de 1991.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

y el promedio general de la edad de instalación de estos trastornos lingüísticos es 59/60 años.

3- ¿Por qué suele decirse que la problemática de estos pacientes es múltiple?

a) Porque puede tener comprometidas las tres funciones cerebrales superiores, es decir, que junto a los trastornos lingüísticos aparezcan distorsiones extralingüísticas como dificultades en el reconocimiento (por Ej. visuoespacial, auditivo, etc.) (agnosias) y en la organización cerebral de los movimientos (por Ej. para vestirse, asearse, etc.) (apraxias). Estas dificultades también se expresan en los códigos lectoescrito, matemático y en el cálculo (Por Ej. no pueden reconocer o reproducir las “formas” de letras y números).

b) Porque existe una elevada incidencia de la asociación de los trastornos del lenguaje a la parálisis de los miembros superior e inferior del lado dominante, es decir, que generalmente existe hemiplejía.

c) Porque este grado de discapacidad tiene una repercusión inevitable en las áreas laboral, social y familiar.

d) Porque esta nueva condición del paciente imprime modificaciones psicológicas que pueden alcanzar manifestaciones francamente negativas para su rehabilitación. Por esto el área afectivo emocional requiere el mismo énfasis terapéutico que el trastorno lingüístico.

4- ¿Suelen confundirlos con otra patología?

Si, desgraciadamente a veces se los confunde con la patología psiquiátrica - con la cual no tiene vinculación alguna— porque sigue vigente, incluso en algunos medios profesionales, el supuesto de que esta demenciado o disminuido en sus facultades.

5- ¿Es conocida la situación que vive el paciente?

No, fácilmente se advierte que hay un desconocimiento generalizado de lo que es la afasia (o la anartria). Esto no sería alarmante en relación a la población en general pues muchos aspectos científico—técnicos están en la conciencia colectiva

Estos son algunos de los conceptos vertidos en el Programa: Rosario habla de Salud.

Dirección: Dr. César Sors. 30 de septiembre de 1991.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

solo en forma fragmentaria o errónea sin que esto tenga repercusiones negativas. Lo verdaderamente sensible es que hasta en el medio profesional la situación de estos pacientes no es suficientemente conocida. No porque no se sepa que el afásico (o anártrico) es quien ha perdido total o parcialmente su lenguaje sino porque se desconoce que SÓLO ha perdido el lenguaje y que por tanto conserva¹:

- a) Su comportamiento cotidiano.
- b) Su ubicación frente al mundo.
- c) Sus vínculos afectivo emocionales.
- d) Su percepción de la realidad social, de las actitudes de los demás y sobre todo de su propia limitación y de la escasa ayuda que recibe.

Sin embargo, cuando una persona pierde su lenguaje pierde uno de los pilares de la vida social y se convierte, en mayor o en menor medida, en un paria porque socialmente y hasta en el medio familiar se lo aísla y olvida **sólo** porque carece de una comunicación verbal fluida.

6- ¿Hay distintos niveles de gravedad y períodos de evolución?

En los trastornos de la comprensión verbal ² (afasias propiamente dichas) se reconocen cinco niveles de gravedad y en los de la elocución (anartria) tres niveles de severidad. Ambos tipos de trastornos (afásico y anártrico) tienen cuatro períodos evolutivos, esto es muy importante pues cada período tiene objetivos terapéuticos diferentes, ellos son:

- a) **Período agudo (El paciente está internado):** los objetivos son preventivos (de la aparición de "daños" lingüísticos irreversibles y vinculares: prevención del aislamiento).
- b) **Período subagudo (El paciente puede estar internado o no):** los objetivos se dirigen a la readaptación y profundización del diagnóstico de lenguaje.
- c) **Período de estado:** los objetivos son francamente terapéuticos, se aplican planes terapéuticos compactos.
- d) **Período de secuela:** se busca la reubicación social y laboral.

Estos son algunos de los conceptos vertidos en el Programa: Rosario habla de Salud.

Dirección: Dr. César Sors. 30 de septiembre de 1991.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

7- ¿Pueden rehabilitarse estos trastornos neurológicos del lenguaje?

SÍ, **PUEDEN y DEBEN** rehabilitarse. Estos pacientes tienen, generalmente, posibilidades de recuperación completa o medianamente buena siempre que se cumplan requisitos que, si bien son de rutina en la medicina asistencial, no siempre se cumplen en estos casos; éstos son: hacer el diagnóstico de lenguaje **a tiempo y bien** y planificar el tratamiento de acuerdo con el diagnóstico y el período evolutivo que cursa la enfermedad. Lo lamentable es que muchos pacientes llegan tarde y con “daños” lingüísticos prácticamente irreversibles por todo lo comentado en^{4,5}.

8- ¿Cuáles son los requisitos para el diagnóstico del lenguaje?

La pérdida del lenguaje requiere de un estudio adecuado para definir la situación en que se encuentra el paciente. El diagnóstico médico, es decir, determinar claramente la naturaleza de la lesión (Por Ej.: tipo de ACV, territorio que compromete, etc.) se hace 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, de la situación familiar y de la social)¹. Estos últimos aspectos raramente son estudiados a pesar de que son factores de peso en el pronóstico. Lo importante es destacar que el diagnóstico de lenguaje debe hacerse con urgencia y con las técnicas adecuadas para no dañar al paciente.

9- ¿Cuándo debe comenzar la tarea diagnóstica y terapéutica del lenguaje?

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 porque hay una relación directa entre el éxito del tratamiento y su rápida iniciación. Los tres primeros meses^{3, 5} a partir de la instalación de la afasia, son de marcada mejoría para todos los pacientes independientemente del tipo clínico y la mayor ganancia lingüística se ubica entre

Estos son algunos de los conceptos vertidos en el Programa: Rosario habla de Salud.

Dirección: Dr. César Sors. 30 de septiembre de 1991.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

los 6 y 11 meses de tratamiento (estas mejorías se refieren a los tratamientos iniciados de inmediato)

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

Debe ser efectuado ⁴ en forma sistemática considerando múltiples factores y la jerarquía y peso de cada uno de ellos. La elaboración del pronóstico es tan compleja como la situación misma del paciente puesto que se trata de fijar el pronóstico de una persona que sufre una afasia y **no** de la afasia.

Se han podido aislar los 25 factores (de los 65 identificables) de pronóstico más activos. De hecho, no es posible hablar aquí de todos ellos pero sí debe aclararse que corresponden a 4 categorías:

- a) **Biológica**, por ejemplo, el tipo de afasia.
- b) **Biográfica**, por ejemplo, la personalidad previa del paciente.
- c) **Rehabilitatoria**, por ejemplo, los tipos de tratamientos recibidos.
- d) **Emocional**, por ejemplo, la alteración de la dinámica familiar.

También es necesario mencionar que algunos de los factores de pronóstico son **determinantes**, es decir, que conforman y provocan y caracterizan al cuadro; por ejemplo: la causa, extensión y severidad de la lesión cerebral, personalidad del paciente, tipo de afasia, nivel educacional, entre otros. Estos factores se conjugan con los llamados **determinables** que son los que pueden ser controlados desde afuera y su efecto sobre la evolución del paciente va a depender de la acción terapéutica que se ejerza sobre ellos; tal es el caso del control del estado emocional al comienzo, durante y al finalizar el tratamiento, el tiempo transcurrido entre la instalación de la afasia, su evaluación y el comienzo del tratamiento, trabajo terapéutico en equipo, etc.

11- ¿Cuáles son los motivos de fracaso más comunes y evitables en las terapias del lenguaje?

- a) La falta de recursos económicos.
- b) La falta de trabajo en equipo.

Estos son algunos de los conceptos vertidos en el Programa: Rosario habla de Salud.

Dirección: Dr. César Sors. 30 de septiembre de 1991.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

- c) La falta de especialización en Afasiología y en 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.

12- ¿Qué necesitan estos pacientes para su rehabilitación?

Por la complejidad de su situación requieren de: ¹²

a) Un equipo multiprofesional, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, que cuente con una orientación científica y técnica uniforme. En él deberían participar en el orden en que se mencionan:

- Neurólogo y eventualmente el especialista en Clínica Médica
- Psiquiatra y Psicólogo
- Especialista en lenguaje
- Fisiatra, kinesiólogo y terapeuta ocupacional
- Asistente social
- Psicopedagogo

b) Un equipamiento técnico: que permita los distintos diagnósticos: neurológico, fisiátrico, del lenguaje, psicológico, etc. y aporte a las respectivas terapias.

c) Un Centro de Rehabilitación o Institución Central con comodidades de acceso y derivación, de tal complejidad que permita:

- El diagnóstico complejo y jerarquizado
- Los tratamientos lingüísticos individual y grupal
- La realización del resto de los tratamientos que necesita
- La adaptación del paciente y de su familia
- La organización de su tiempo libre.

Estos son algunos de los conceptos vertidos en el Programa: Rosario habla de Salud.

Dirección: Dr. César Sors. 30 de septiembre de 1991.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

Sólo este tipo de instituciones que incluyen al paciente en forma ambulatoria pueden brindar las soluciones adecuadas siempre que cuenten con personal especializado en Afasiología y Neuropsicología. Este tipo de instituciones, que en otros países reciben el nombre de Hospitales de Día, no existen en nuestro país salvo experiencias aisladas como es el caso del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca de Buenos Aires donde, desde 1982, se viene efectuando esta modalidad de atención por parte de los profesionales del Comité de Afásicos que reafirma permanentemente este concepto.

También hay que decir que la experiencia internacional ratifica constantemente este concepto y al que se relaciona con el hecho de que el equipo multiprofesional debe desempeñarse en instituciones asistenciales centrales. Sería el caso, por ejemplo, de Hospitales Generales ya sea como Servicio o Departamento de Afasiología o en Instituciones de Afasiología; esto debe ser 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.
 - 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 importante ¹ 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 pues irían desapareciendo las ideas erróneas acerca de la recuperación de esta enfermedad. En la organización de las campañas sanitarias hay suficientes ejemplos del significado que adquiere en la opinión pública el hecho de proyectar correctamente un problema: recordemos, por ejemplo, el concepto que se tenía acerca del cáncer hace 50 años y el que existe hoy.

Estos son algunos de los conceptos vertidos en el Programa: Rosario habla de Salud.

Dirección: Dr. César Sors. 30 de septiembre de 1991.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

Referencias bibliográficas

- 1- Azcoaga, J.E. La atención del paciente afásico adulto. Editorial del Boletín Informativo de APINEP. Buenos Aires. Julio de 1981.
- 2- Azcoaga, J.E. **Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología)**. Ed. El Ateneo, Buenos Aires 1985. 3ra. edición.
- 3- Basso, A; Capitani, E; Vignolo, A. Influence of Rehabilitation on Language Skills in Aphasic Patients. **Arch.Neurol.** 36: 190~196, 1979.
- 4- Peña, E. Identificación y dinámica de los factores que interactúan en el pronóstico del individuo afásico adulto. Simposio de terapéutica de la afasia. Primer Congreso Latinoamericano de Neuropsicología. Buenos Aires. Junio 20 al 23 de 1989.
- 5- Taylor Sarno, M. et Levita, E. Recovery in Treated Aphasia in the First Year Post—Stroke. **Stroke.** Vol. 10, N° 6: 663—670, 1979.

Estos son algunos de los conceptos vertidos en el Programa: Rosario habla de Salud.

Dirección: Dr. César Sors. 30 de septiembre de 1991.

Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología Rosario- Santa Fe- Argentina

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar