


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGIA**

GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca

TF 2798



Licenciatura en Fonoaudiología

**ROSARIO, ARGENTINA
2025**

Autoras:

**Oteiza, Paloma
Schmittendorf, Belén**

Tutoras:

**Gudiño, Carolina
Lenarduzzi, Tamara**

**“RELEVANCIA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA FONOAUDIOLÓGICA EN
PACIENTES CON SÍNDROMES NEUROLINGÜÍSTICOS POST ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR”.**

Tesina presentada por:

Oteiza, Paloma

Schmittendorf, Belén

Con la supervisión de:

Lic. en Fgía. Gudiño, Carolina

Lic. en Fgía. Lenarduzzi, Tamara

Aprobada por:

.....
.....
.....
.....
.....

En Rosario, a los días del mes de del
año.....

Legajo: O - 0477/4
Legajo: S - 1853/8

Agradecimientos/dedicatoria

A nuestras familias, por ser sostén, por confiar en nosotras y acompañarnos a la par en este proceso.

A nuestras tutoras, Licenciadas en Fonoaudiología, Lenarduzzi Tamara y Gudiño, Carolina por su ayuda, apoyo y predisposición para el desarrollo de este trabajo.

A los talleres de Tesina, por habernos brindado acompañamiento y herramientas para efectuar este Ensayo.

A la Universidad Nacional de Rosario, por abrirnos sus puertas y darnos la oportunidad de atravesar esta carrera que con tanto entusiasmo elegimos y recorrimos.

Por último, a la Cátedra de Alteraciones del lenguaje en el adulto, por haber sido una fuente de inspiración e influenciarnos hacia este área de incumbencia fonoaudiológica.

Índice

Resumen.....	4
Introducción	5
Problematización.....	7
Objetivos.....	8
Desarrollo.....	9
CAPÍTULO I	
Accidente Cerebrovascular	9
CAPÍTULO II	
Fisiología y fisiopatología del lenguaje en el contexto del accidente cerebrovascular	18
CAPÍTULO III	
Síndromes neurolingüísticos.....	23
CAPÍTULO IV	
Atención temprana fonoaudiológica	30
Conclusiones.....	39
Referencias bibliográficas:.....	43

Resumen

El presente Ensayo se estructura en cinco capítulos que abordan los efectos del accidente cerebrovascular (ACV) sobre las funciones cerebrales superiores, con especial atención en el lenguaje, y el rol de la atención fonoaudiológica temprana. Se parte del análisis clínico y fisiopatológico del ACV, su clasificación, evolución y los mecanismos que afectan directamente a las áreas corticales responsables del lenguaje.

Desde una perspectiva fisiopatológica, se profundiza en cómo estas lesiones generan diversos síndromes neurolingüísticos, y afectan significativamente la capacidad comunicativa del paciente. A partir de esto, se plantea la importancia de comprender no sólo las manifestaciones clínicas del daño cerebral, sino también los fundamentos neurofisiológicos que lo explican.

El Ensayo destaca la relevancia de la atención fonoaudiológica temprana como estrategia terapéutica esencial, para favorecer la reorganización de las redes lingüísticas, incidir positivamente en el pronóstico y promover una mejor calidad de vida. Se reflexiona además, sobre el rol del equipo interdisciplinario y del entorno familiar como factores claves en el proceso de rehabilitación.

En conclusión, este trabajo propone una mirada integral que articula aspectos clínicos, fisiopatológicos y terapéuticos, lo que subraya la importancia de una intervención temprana y especializada en los síndromes neurolingüísticos post-ACV.

Palabras claves: Accidente cerebrovascular - Síndrome neurolingüístico - Atención temprana - Interdisciplina

Introducción

El siguiente Ensayo intenta dar cuenta acerca de la “Relevancia de la atención temprana fonoaudiológica en pacientes con síndromes neurolingüísticos post accidente cerebrovascular”.

La atención temprana tiene como objetivo principal actuar sobre el control de la fisiopatología del lenguaje y de esta forma evitar daños lingüísticos mayores. Así mismo, es sumamente importante mantener comunicado al paciente y realizar un diagnóstico presuntivo y oportuno del lenguaje.

El diagnóstico precoz, permite avanzar en la rehabilitación de los aspectos del lenguaje que se hallan alterados, luego de verse afectado por una lesión neurológica, como lo es el accidente cerebrovascular. De este modo, poder incluir lineamientos terapéuticos que favorezcan la comunicación verbal y no verbal de acuerdo al grado de severidad de cada paciente en particular.

Dicha patología sucede cuando se detiene el flujo sanguíneo, ya sea por la ruptura u obstrucción de una o varias arterias. En este momento, las células cerebrales pueden comenzar a deteriorarse al no recibir el oxígeno y los nutrientes que necesitan para funcionar correctamente.

El ACV (accidente cerebrovascular) puede afectar diferentes zonas cerebrales y generar sintomatología pertinente a diversos cuadros. En este Ensayo, se hará hincapié en aquellas áreas funcionales que mayor participación tienen tanto en la producción como en la comprensión del lenguaje, las cuales al verse afectadas por dicha patología, dan como resultado síndromes neurolingüísticos.

El Área funcional de Broca, que cuando se ve afectada, se produce el denominado “Síndrome Anártrico”, el cual se caracteriza como una perturbación en la producción del lenguaje, producto de un déficit en la actividad combinatoria del analizador cinestésico-motor verbal. Por otro lado, ante la depresión funcional del Área de Wernicke, tiene lugar el “Síndrome Afásico”,

en el cual se evidencia la alteración tanto en la comprensión como en la producción del lenguaje, que responde a un déficit en la actividad combinatoria del analizador verbal.

Por lo expuesto anteriormente, es importante destacar que estos pacientes deberán recibir intervención inmediata de los profesionales fonoaudiólogos para abordar rápidamente los trastornos del lenguaje. Así mismo, se trabajará con el acompañamiento de familiares y otros profesionales en el transcurso de la patología.

Problematización

El accidente cerebrovascular (ACV) representa una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, que afecta múltiples funciones neurológicas, entre ellas, el lenguaje. Cuando el daño cerebral compromete áreas corticales o subcorticales relacionadas con la comunicación, pueden emerger síndromes neurolingüísticos como la afasia o la anartria. Estos trastornos no sólo impactan en la capacidad de comprender y producir lenguaje, sino también en la identidad, la autonomía y la calidad de vida del paciente.

En el contexto hospitalario y de rehabilitación, la atención fonoaudiológica temprana cobra un valor crucial. Sin embargo, en la práctica clínica cotidiana, no siempre se reconoce la urgencia de intervenir de manera precoz, especialmente en etapas iniciales donde aún no se ha establecido un diagnóstico neurolingüístico definitivo. Esta situación puede deberse tanto a limitaciones institucionales como a la falta de consenso entre los equipos interdisciplinarios respecto del rol del fonoaudiólogo en la fase aguda y subaguda.

A pesar de la creciente evidencia que respalda la eficacia de la intervención temprana, persisten vacíos en su implementación sistemática. La identificación y el abordaje oportuno de los síndromes neurolingüísticos son esenciales para favorecer la plasticidad cerebral, prevenir la cronificación de secuelas y promover una mejor reinserción del paciente en su entorno social y comunicativo.

Es por esto, que resulta necesario reflexionar sobre los fundamentos teóricos y clínicos que sostienen la intervención fonoaudiológica temprana, así como visibilizar su impacto potencial en la evolución del lenguaje post-ACV.

En este marco, el siguiente Ensayo propone explorar los aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos de los síndromes neurolingüísticos posteriores a un ACV, con especial énfasis en el valor de una intervención fonoaudiológica precoz. Esta mirada busca no sólo contribuir a una comprensión integral del fenómeno, sino también posicionar el rol de la fonoaudiología como disciplina esencial en el abordaje interdisciplinario del paciente neurológico.

Objetivos

Objetivo General:

- Desarrollar la importancia de la atención fonoaudiológica temprana en la recuperación del paciente con síndromes neurolingüísticos luego de haber sufrido un accidente cerebrovascular.

Objetivos Específicos:

- Describir los tipos de accidente cerebrovascular y sus mecanismos fisiopatológicos.
- Especificar la relación entre el accidente cerebrovascular y sus consecuencias en el lenguaje.
- Exponer los propósitos de la atención temprana fonoaudiológica en pacientes post-acv.
- Puntualizar pautas de comunicación y estrategias para la familia y profesionales que están en contacto con el paciente con síndromes neurolingüísticos.

Desarrollo

CAPÍTULO I

Accidente Cerebrovascular

Comprender el accidente cerebrovascular (ACV) desde una mirada médica, fisiopatológica y funcional resulta fundamental para justificar el abordaje fonoaudiológico en las distintas etapas de recuperación del paciente. Se trata de una patología de alta prevalencia e impacto, que puede comprometer funciones esenciales como el movimiento, la deglución y, especialmente, el lenguaje.

Según datos recientes de la Organización Mundial del Ictus y Comisión de Neurología de Lancet (2023), el Accidente Cerebrovascular constituye la segunda causa de defunción, la tercera de discapacidad, y una de las principales causas de demencia a nivel mundial. Estas cifras no solo reflejan su gravedad, sino también la necesidad de una respuesta sanitaria interdisciplinaria, en la cual, la fonoaudiología cumple un rol clave en la rehabilitación de funciones afectadas.

A continuación, se detallan diferentes concepciones acerca del Accidente Cerebrovascular que nos permiten entender la fisiopatología de la lesión, entre ellas:

“La denominación de accidente vascular cerebral se ha generalizado, pero hay que señalar que comprende un grupo bastante heterogéneo de procesos que solo tienen en común la lesión de los vasos sanguíneos, con la correlativa alteración del tejido cerebral” (Azcoaga, 1985:205)

Desde una definición médica, la Biblioteca Nacional de Medicina (2023) describe el ACV como una interrupción súbita del flujo sanguíneo cerebral, que puede ser causada por una obstrucción o por una hemorragia. Esta alteración impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes, lo que puede generar daño irreversible en pocos minutos. De ahí la importancia del reconocimiento temprano de los síntomas y del abordaje inmediato.

En función de su causa, describe que los ACV se clasifican en dos tipos principales: isquémicos y hemorrágicos. Los primeros, más frecuentes, se deben a obstrucciones vasculares, ya sea por trombosis (formación del coágulo local) o embolia (coágulo que viaja desde otra parte del cuerpo). Por su parte, los ACV hemorrágicos se producen por la ruptura de un vaso cerebral, lo cual genera una hemorragia que daña el tejido adyacente y aumenta la presión intracraneal. Existen ciertos defectos en los vasos sanguíneos que provocan esta situación, como aneurismas, malformaciones arteriovenosas o angiopatía cerebral amiloide, entre otros. Como así también, pueden ocurrir en pacientes que ingieren anticoagulantes o presentan hipertensión arterial severa, ya que estas condiciones pueden favorecer la ruptura vascular.

En relación a los ACV hemorrágicos, National Heart (2023), describe que la sangre que se escapa de la arteria provoca hinchazón cerebral, aumentando la presión sobre el encéfalo. Esa presión puede dañar las células cerebrales. Dentro de estos, existen dos tipos: la hemorragia intracraneal (HIC), que implica un derrame dentro del cráneo, y la hemorragia subaracnoidea (HSA), que se presenta entre el cerebro y la membrana que lo rodea.

En el caso de la HIC, se rompe una arteria pequeña y profunda, lo que provoca un aumento de la presión directa sobre una parte específica del cerebro, y genera síntomas según la función de la zona afectada. En la HSA, por lo general, se manifiesta un dolor de cabeza repentino e intenso, rigidez en el cuello, náuseas, vómitos y somnolencia. Por lo general, aproximadamente el 10% de los ACV corresponden a hemorragias intracraneales, mientras que las HSA representan el 3%.

Estos diferentes tipos de ACV serán importantes al momento de considerar la evolución natural de la lesión. Cuadrado (2009), en su texto “Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento” señala que para el isquémico, en la parte central de un infarto, la isquemia es profunda e irreversible, constituyendo un daño estructural a los pocos minutos. En cambio, en la periferia, se preserva la integridad estructural durante más tiempo, por lo que el daño en esta zona es reversible. Esto se debe a la existencia de una zona de penumbra, la cual se define como el área de tejido cerebral que, aunque presenta una perfusión reducida y alteraciones funcionales,

mantiene su viabilidad celular y puede recuperarse si se restablece oportunamente el flujo sanguíneo. Esta área rodea al núcleo infartado, que representa el tejido irreversiblemente dañado.

En el caso del ACV hemorrágico, el hematoma se acompaña de edema y puede provocar isquemia por compresión del parénquima, así como también, bloquear la circulación del líquido cefalorraquídeo, generando hidrocefalia en los casos más graves.

Aunque clínicamente no existe distinción entre estos dos tipos de accidentes cerebrovasculares, los de tipo hemorrágico masivos generan una alta tasa de mortalidad. No obstante, en los casos en los que el paciente sobrevive a un ACV hemorrágico, se observa que el pronóstico evolutivo del lenguaje suele ser más favorable que en el isquémico, ya que el tejido cerebral afectado tiende a ser menor.

Para profundizar más en el accidente cerebrovascular, y de acuerdo con el artículo publicado por el servicio de neurología del Hospital Universitario de Cantabria (2003) coexisten diferentes factores de riesgo, los cuales pueden clasificarse en modificables y no modificables. En el primer grupo, se incluye la hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, estrés, consumo excesivo de alcohol y sedentarismo. Dentro de los segundos, se incluye la edad avanzada (especialmente a partir de los 55 años), origen étnico, raza, factores genéticos y la presencia de antecedentes personales de ACV. “Las personas que presentan cualquiera de estos factores sufren una mayor incidencia de enfermedades cerebrovasculares que la población general, es decir, tienen una mayor probabilidad de padecerlas” (Camarero et al., 2003: 4911).

En relación con las manifestaciones clínicas, los síntomas de un ACV dependen de la región cerebral afectada y suelen presentarse de manera repentina. Según la Guía de Actualización en Accidente Cerebrovascular (2011), durante la instalación de un ACV, los síntomas pueden empeorar o incluso mejorar hasta desaparecer en cuestión de minutos u horas.

Algunas señales comunes incluyen debilidad o entumecimiento en la cara, brazo o pierna (especialmente de un lado del cuerpo), dificultad para hablar o comprender el lenguaje, pérdida de

la visión, inestabilidad, mareos, cefalea intensa o incluso pérdida de conciencia. En ocasiones, estos síntomas son temporales y revierten en minutos u horas, lo que se conoce como ataque isquémico transitorio (AIT). Es importante tener en cuenta que estos síntomas transitorios, anuncian que existe un problema vascular grave, en el cual la arteria comprometida se destapó espontáneamente. Por el contrario, si no se detecta la causa, el coágulo se puede volver a formar y dejar un infarto establecido, en cuyo caso los síntomas persisten en el tiempo.

La importancia de reconocer estos signos de forma precoz radica en que como nombramos anteriormente, existe una ventana terapéutica crítica, especialmente en los ACV isquémicos, donde las intervenciones tempranas pueden limitar el daño cerebral y mejorar notablemente el pronóstico del paciente. En el artículo “abordaje de la enfermedad cerebrovascular: de la prevención primaria a la rehabilitación” (2023) se plantea que el ACV es una patología dependiente del tiempo, y por esto se busca poder desarrollar una respuesta integrada.

La importancia del tratamiento desde el inicio del stroke ha demostrado reducir el grado de dependencia y la discapacidad del paciente, así como la morbimortalidad, y mejora su funcionalidad y su calidad de vida. “La rehabilitación debe iniciarse desde que el paciente se encuentra en UTI o unidad de stroke” (Sabio et al., 2023:198)

En este sentido, diversos países -incluido Argentina- han implementado protocolos de atención de emergencia como el código de ACV. Este sistema establece una cadena de acciones coordinadas desde la llamada telefónica de emergencia, que a partir de una serie de preguntas categoriza el riesgo médico y define el envío de una unidad de emergencias; hasta la atención hospitalaria especializada, transitando unidades de diagnóstico por imágenes, emergencias y cuidados intensivos. Cuanto más eficiente sea esta respuesta, mejores serán los resultados en términos de reducción de secuelas y sobrevida funcional del paciente.

Asimismo, cuando todas estas acciones tienen lugar en una unidad específica para ACV, los resultados tienden a mejorar. Por esta razón, se sostiene que “las unidades o equipos funcionales de ACV son una herramienta fundamental que debemos estimular para lograr mejores

resultados en términos de cantidad de pacientes tratados y reducción de las secuelas...” (Sabio et al., 2023, p. 190).

Por lo mencionado anteriormente, es importante conocer en qué tipo de instituciones aplican el código de ACV, ya que será más factible dirigirse directamente al centro correspondiente ante la sospecha de síntomas, disminuyendo así el tiempo de espera para intervenir.

Por ejemplo, en la ciudad de Rosario, Santa Fe, el Hospital Privado de Rosario (HPR), que forma parte del Grupo Gamma, cuenta con un protocolo especializado para atención de ACV. Esta institución cuenta con un certificado internacional otorgado por la World Stroke Organization (WSO) como centro avanzado de ictus. Esto significa que cuenta con la categoría máxima que una institución de salud puede lograr según la Organización Mundial del ACV.

El protocolo estandarizado utilizado por la institución, se divide en grandes rasgos en cuatro pasos. En primer lugar, se realiza el preaviso por parte de ambulancias que están trasladando un paciente con sospecha de ACV. Cuando el paciente ingresa a la institución, se realiza el diagnóstico inmediato con tomografía de cráneo o angioresonancia, además del control rápido de glucemia. Como cuarto paso se inicia tratamiento inmediato incluyendo trombolisis o intervención mecánica si corresponde. Es importante destacar que, por ejemplo en el HPR son 30 personas aproximadamente las que brindan atención al paciente, de diferentes servicios y áreas del hospital, por lo que se fomenta el abordaje integral.

Además, en la ciudad, existen otras instituciones que cuentan con un protocolo para estos casos como es el Sanatorio de la Mujer y el Hospital de Emergencias Clemente Alvarez (HECA). Sin embargo, el HPR es el único que cuenta con la certificación nombrada.

En el marco de los protocolos de atención del accidente cerebrovascular, el rol del fonoaudiólogo resulta indispensable en las fases aguda y subaguda. Su intervención se centra, en primer lugar, en la evaluación inicial de las funciones comunicativas y del lenguaje, identificando la presencia de alteraciones neurolingüísticas. Además, realizan un tamizaje precoz de la deglución

dentro de las primeras 24 horas posteriores al evento, con el fin de detectar riesgos de aspiración y definir la vía más segura de alimentación.

Estas acciones tempranas permiten orientar tanto al equipo interdisciplinario como a la familia en relación con las necesidades del paciente, favoreciendo la prevención de complicaciones y el inicio oportuno de la rehabilitación.

Tal como se mencionó previamente, el ACV puede dejar secuelas en varias funciones, pero una de las consecuencias más significativas es la afectación del lenguaje. Esto ocurre cuando la lesión compromete áreas cerebrales responsables de las funciones lingüísticas. “Los efectos de los accidentes cerebro-vasculares dependen del territorio vascular afectado” (Ardila y Roselli, 2007: 15).

Por esta razón, es importante mencionar que el cerebro recibe irrigación sanguínea a través de dos sistemas arteriales principales: el sistema carotídeo y el sistema vertebrobasilar. El primero está conformado por las arterias carótidas internas, que ingresan por la base del cráneo y se dividen en ramificaciones, como la arteria oftálmica, la arteria coroidea anterior y la arteria comunicante posterior. A su vez, se ramifican en dos arterias principales: la arteria cerebral media (ACM) y la arteria cerebral anterior (ACA). El segundo sistema, vertebrobasilar, está formado por las arterias vertebrales derecha e izquierda, que se unen para formar la arteria basilar, la cual se divide finalmente en las arterias cerebrales posteriores (ACP).

La arteria cerebral media izquierda es la que más frecuentemente se encuentra comprometida en los cuadros de afasia, ya que irriga la cara lateral de los lóbulos frontal, parietal y temporal, zonas clave para la producción y comprensión del lenguaje. Las lesiones en esta arteria suelen provocar entumecimiento y debilidad en el brazo y la cara del lado contrario al daño, afasia si se trata del hemisferio izquierdo, y negligencia si afecta el hemisferio derecho. La ACM se divide en dos ramas: la rama M1, que irriga los ganglios basales, y la rama M2 (rama de Silvio), que irriga regiones de los lóbulos mencionados.

En cambio, las lesiones en la arteria cerebral anterior tienden a generar cambios comportamentales y lingüísticos, ya que afecta áreas como el área de Broca, la corteza motora primaria y prefrontal. Las personas con infartos en esta arteria pueden presentar afasia motora, alteraciones en la personalidad, y debilidad o adormecimiento en la pierna contralateral.

La arteria cerebral posterior irriga principalmente el lóbulo occipital, el tálamo y parte del lóbulo temporal. La sintomatología habitual incluye hemianopsia homónima, hipersomnolencia, problemas de memoria, atención, o percepción sensorial si se afectan estructuras más profundas.

Cuando el cerebelo se ve comprometido, suelen observarse síntomas como ataxia, disartria, náuseas, vómitos y vértigo, mientras que los ACV lacunares, causados por la oclusión de pequeños vasos perforantes, pueden provocar síndromes motores, sensitivos o atáxicos, pero generalmente no comprometen el lenguaje, la memoria ni el nivel de conciencia.

En definitiva, aunque el lenguaje está principalmente irrigado por el sistema carotídeo anterior, y en especial por la ACM, también puede verse afectado por lesiones subcorticales o profundas —como las del tálamo— que están irrigadas por el sistema vertebrobasilar. Esto explica por qué algunos pacientes presentan alteraciones lingüísticas más sutiles, como problemas en la memoria verbal, la atención auditiva o el procesamiento secuencial, aun cuando el daño no sea estrictamente cortical.

Por otro lado, comprender la evolución clínica y neurológica del ACV permite establecer el momento oportuno para la intervención fonoaudiológica, así como adaptar los objetivos terapéuticos a cada etapa del proceso. Desde la perspectiva fisiopatológica desarrollada por Azcoaga (1985), el ACV no es un evento único, sino un proceso que atraviesa distintas etapas clínicas, cada una con características específicas. Reconocer estas fases permite planificar el tratamiento adecuado en cada momento del proceso, incluyendo la intervención fonoaudiológica.

- **Período agudo:** ocurre durante las primeras horas o días tras el evento. El paciente se encuentra internado, con síntomas clínicos inestables.

- **Período subagudo:** el paciente puede o no estar internado y se extiende durante días o semanas, dependiendo de múltiples variables. En dicho período comienzan a equilibrarse las condiciones en que tendrá que llevarse a cabo el reaprendizaje.
- **Período de estado:** se da entre la sexta y octava semana. Los síntomas se han estabilizado y se puede realizar una evaluación más sistemática, analítica y formal. La intervención se orienta a la reeducación de las funciones cerebrales afectadas.
- **Período de secuela:** en esta etapa ya no se esperan cambios espontáneos significativos. El foco pasa a ser el mantenimiento de habilidades adquiridas, la compensación funcional y el acompañamiento a largo plazo del paciente.

Por lo tanto, desde la fonoaudiología, las etapas aguda y subaguda resultan especialmente relevantes, dado que es en este periodo cuando la atención temprana adquiere mayor impacto, motivo por el cual se la denomina “emergencia fonoaudiológica”. La plasticidad neuronal y la posibilidad de reorganización funcional del cerebro son fenómenos que deben aprovecharse para intervenir en la recuperación del lenguaje, la comunicación y la deglución. Se entiende a la neuroplasticidad como aquella propiedad natural del sistema nervioso de cambiar su función y reorganizarse ante una lesión o un cambio ambiental; es un proceso continuo mediante el cual el cerebro interactúa con el mundo exterior. “Las neuronas sanas pueden aprender funciones de las neuronas afectadas, pudiendo sustituir a estas al menos parcialmente.” (Moyano, 2010: 348).

En la fase aguda existe una ventana terapéutica durante la cual las intervenciones pueden modificar el curso del infarto cerebral y lograr una reactivación neuronal. Esto se logra gracias a dos procesos, la presencia de la zona de penumbra, explicada anteriormente, y por la resolución de la diasquisis, es decir, la alteración funcional temporal de zonas no lesionadas directamente.

En la fase subaguda, la reorganización cerebral puede ser modulada mediante técnicas de rehabilitación, aprovechando dicho fenómeno de plasticidad neuronal.

Esta intervención fonoaudiológica temprana está abocada al lenguaje, ya que es una de las habilidades más frecuentemente afectadas tras un ACV. Se considera que la recuperación está

determinada tanto por la naturaleza de la lesión como por el abordaje terapéutico, lo que hace imprescindible comprender su base funcional. Por esto, en el próximo capítulo se desarrollarán los fundamentos de la fisiología y fisiopatología del lenguaje, con el fin de profundizar en los mecanismos que sustentan esta capacidad, y cómo se ven alterados en los síndromes neurolingüísticos post ACV.

CAPÍTULO II

Fisiología y fisiopatología del lenguaje en el contexto del accidente cerebrovascular

Para comprender por qué el lenguaje se ve afectado en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular -es decir, una alteración del sistema nervioso central- es necesario comprender primero qué se entiende por fisiología del lenguaje.

Azcoaga (1985) define al lenguaje como el resultado de un complejo proceso de aprendizaje fisiológico, en el que participan la maduración biológica y la interacción individuo-medio. Así, al hablar de la fisiología del lenguaje, se hace referencia a los procesos normales involucrados en su funcionamiento, describiendo las leyes y conceptos que regulan su desarrollo.

En este marco, el autor describe a la actividad nerviosa superior (A.N.S.) como el, "... modo de funcionamiento de la mayor parte de la corteza cerebral, aquella que no está programada genéticamente para un procesamiento regular de la información, sino que establece sus propias modalidades a lo largo de la vida del individuo" (Azcoaga, 1985: 32).

La A.N.S fue caracterizada inicialmente por dos procesos fundamentales: excitación e inhibición. Diversos estudios han demostrado que el ingreso de información a la corteza cerebral genera diferentes respuestas funcionales en las células nerviosas, las cuales se manifiestan a través del ritmo de descarga neuronal, un ritmo lento indica una respuesta inhibitoria, mientras que uno acelerado se asocia con una respuesta excitatoria. De este modo, el cerebro discrimina los estímulos mediante la activación diferencial de las neuronas.

El funcionamiento de estos procesos se regula a través de tres parámetros básicos. La fuerza, que se refiere a la magnitud de la respuesta frente a un estímulo; la movilidad, al paso dinámico entre excitación e inhibición (y viceversa); y el equilibrio, a la relación de magnitud entre ambas.

Sobre este sustrato biológico se construye el lenguaje. Geromini sostiene que “el soporte biológico del lenguaje tiene su punto de partida en la existencia de múltiples receptores externos e internos a nivel cerebral. Estos receptores entran en relación con cadenas neuronales de gran complejidad y extensión que también brindan información”. (Geromini, 2000:6).

En la misma línea, Castaño en Arana et al., (2003), considera que el lenguaje constituye una función superior del sistema nervioso central, y se desarrolla a partir de una estructura genéticamente determinada, en interacción con los estímulos verbales del entorno.

Cualquier tipo de estímulo, sin importar su origen, es transformado en información neuronal a través de la función de transcodificación que poseen las neuronas. Estas pueden modificar el tipo de señal y establecer múltiples conexiones dentro de complejos circuitos neuronales. Sin este sustrato biológico, el lenguaje no sería posible.

A medida que se produce el aprendizaje del lenguaje, los conjuntos neuronales se preparan para procesar todo tipo de información relacionada con él. Estas redes se integran en circuitos estables que dan lugar a los llamados estereotipos del lenguaje, es decir, formas regulares de circulación de la información. Existen distintos tipos de estereotipos: el fonemático (EF), el motor verbal (EMV) y el verbal (EV). El EF constituye el sustrato fisiológico del fonema, el EMV de la palabra; y el EV del significado.

A partir de estos estereotipos, se organizan dos grandes códigos lingüísticos: el código fonológico-sintáctico y el código semántico. Según Geromini (2000), un código es un conjunto de elementos con la misma estructura material que se integran en un sistema capaz de transmitir mensajes.

Ambos códigos comparten ciertas características: forman parte del lenguaje, están constituidos por señales portadoras de información, tienen una estructura material basada en los patrones de activación neuronal, y pueden ser analizados hasta sus elementos constitutivos. Además, dependen de circuitos neuronales altamente especializados.

No obstante, se diferencian en varios aspectos. El código fonológico-sintáctico cuenta con un inventario limitado (20 a 30 señales por idioma) y es accesible al estudio por su carácter externo. En cambio, el código semántico posee un inventario ilimitado y se estudia de forma indirecta, ya que es interno y debe abordarse a partir del lenguaje expresado. Además, el código fonológico-sintáctico se subordina al semántico, el cual tiene una función rectora en el procesamiento lingüístico.

El adecuado funcionamiento de estos procesos depende además de otros dispositivos básicos de aprendizaje como la motivación, la atención tónica (dependiente de la motivación), la sensorpercepción y la memoria a largo plazo, junto con la actividad nerviosa superior y la base afectivo-emocional.

Cuando ocurre una lesión cerebral, como la producida por un accidente cerebrovascular, los mecanismos fisiológicos que sustentan el lenguaje se alteran, configurando lo que se denomina fisiopatología del lenguaje. Este concepto refiere al conjunto de procesos dinámicos en los que la actividad nerviosa superior pierde su equilibrio normal, afectando la fuerza, movilidad y el balance entre excitación e inhibición, y con ello la organización lingüística.

Arroyo (2005), señala que la descomposición o desintegración de los códigos lingüísticos -ya sea del fonológico-sintáctico, del semántico, o de ambos- constituye una manifestación típica de la fisiopatología, aunque con características variables en cada individuo.

En este sentido, el artículo "Neurobiofisiología de trastorno del lenguaje asociado a evento cerebrovascular" (Revista Académica Sociedad del Conocimiento, 2024) señala que, frente a un ACV, resulta esencial conocer qué áreas del lenguaje han sido afectadas y cuáles son sus consecuencias funcionales. Desde el siglo XX, el estudio del lenguaje ha girado en torno a dos estructuras neuroanatómicas clásicas: el área de Broca y el área de Wernicke, ambas implicadas en la producción y comprensión del lenguaje.

El *área de Broca*, identificada por Paul Broca, se localiza en la región inferior del lóbulo frontal del hemisferio dominante (área 44 de Brodmann), y está relacionada con el lenguaje articulado, al coordinar los patrones motores que permiten la expresión verbal. Por su parte, el *área de Wernicke*, descrita por Karl Wernicke, se ubica en la primera circunvolución temporal del mismo hemisferio (área 22 de Brodmann), y cumple la función de almacenar las “imágenes de memoria” de los sonidos y nombres, posibilitando así la organización semántica del lenguaje.

Ambas áreas trabajan de forma integrada para permitir los procesos que van desde la recepción auditiva hasta la expresión verbal.

Cabe mencionar que, cuando una persona sufre un accidente cerebrovascular directamente en las áreas mencionadas, se presentan complicaciones posteriores al evento, tanto en el procesamiento del lenguaje, como en el control motor.

En este sentido, el ACV representa una disrupción funcional de los procesos fisiológicos que sustentan la comunicación. Es así como el paciente requiere atención médica inmediata, ya que las acciones terapéuticas tempranas pueden reducir el daño cerebral. Si la persona presenta dificultades severas para comunicarse, será necesario implementar una intervención fonoaudiológica centrada en la neurorehabilitación, apelando al mecanismo de la neuroplasticidad, concepto mencionado en el Capítulo I y al mecanismo del aprendizaje motor. Dicha intervención permitirá la recuperación mediante un proceso integral y sistemático de rehabilitación.

En síntesis, el lenguaje es una función superior sustentada por complejos procesos fisiológicos que involucran múltiples estructuras del sistema nervioso central, especialmente la corteza cerebral. Su funcionamiento depende de la adecuada integración entre la actividad nerviosa superior, los estereotipos del lenguaje, y los códigos fonológico-sintáctico y semántico.

Cuando estos procesos se ven alterados como consecuencia de una lesión neurológica, como un accidente cerebrovascular, se desencadenan una serie de manifestaciones patológicas que afectan la capacidad de comprender, producir y usar el lenguaje. Estos cuadros se engloban bajo

el concepto de fisiopatología del lenguaje y constituyen una de las principales causas de consulta e intervención en el ámbito fonoaudiológico.

Esta comprensión neurofisiológica es fundamental para poder identificar y abordar de manera específica los distintos trastornos que surgen a partir del daño cerebral. A continuación, se profundizará en los síndromes neurolingüísticos, sus características clínicas, clasificaciones, y el modo en que interfieren en la vida comunicativa del sujeto.

CAPÍTULO III

Síndromes neurolingüísticos

En este apartado, nos enfocaremos en los síndromes del lenguaje de origen neurológico, considerando la teoría fisiopatológica de Azcoaga, en contraposición con posturas más actuales. Esta perspectiva permite clasificar las alteraciones en dos síndromes principales. Tal como lo expone Geromini, “La desintegración neurológica del lenguaje en el adulto deja expuestos dos síndromes esencialmente diferentes; el síndrome anártrico y el síndrome afásico”. (Geromini, 2000:9). A partir de esta distinción, se detallarán sus características, bases anatómicas y niveles de severidad, proporcionando un marco conceptual útil para el análisis clínico y la elaboración de estrategias de intervención.

Como se explicó en el capítulo anterior, las zonas cerebrales involucradas principalmente en el lenguaje son las áreas de Broca y Wernicke. La primera se asocia funcionalmente con la codificación fonológica y sintáctica, elementos que coinciden con la evolución del síndrome anártrico. En cambio, la segunda se vincula con funciones de decodificación y codificación semántica, asociadas al síndrome afásico.

Azcoaga en “Neurolingüística y Fisiopatología” (1979), define con precisión ambos síndromes. En relación con el *síndrome anártrico*, señala:

“Una alteración de la elocución del lenguaje que se caracteriza por un déficit de la actividad combinatoria del analizador cinestésico-motor verbal, en general consecutivo a una lesión que lo afecta directamente y que se exterioriza por síntomas que comprometen exclusivamente la síntesis de estereotipos fonemáticos y estereotipos motores verbales”. (Azcoaga, 1979:141).

Por su parte al referirse al *síndrome afásico*, lo describe como:

“Una alteración de la comprensión del lenguaje (lenguaje interior) y de la organización semántica, que responde a una deficiencia de la actividad combinatoria del analizador verbal, por lo general como resultado de una lesión que lo compromete directamente, la

cual se exterioriza por síntomas correspondientes a la codificación semántica, la capacidad de síntesis de proposiciones simples y la decodificación semántica”. (Azcoaga, 1979:179).

Ambos síndromes mantienen su correlato anatómico, existiendo lesiones en la zona de Wernicke para el síndrome afásico y en la zona de Broca para el síndrome anártrico, generando una variedad de síntomas divididos de acuerdo al área funcional afectada y al modo de manifestación. Sin embargo, esto no siempre puede ser así, ya que existen casos en los cuales las lesiones se encuentran fuera de estas zonas y a su vez producen los mismos síntomas.

Asimismo, la instalación o remisión de los síntomas, deja en evidencia la desorganización progresiva de la elocución y/o comprensión verbal. El análisis fisiopatológico propuesto por Azcoaga permite clasificar estos síndromes neurolingüísticos en función de los niveles de depresión funcional, lo que no sólo tiene valor descriptivo, sino que facilita el diagnóstico funcional, y la planificación terapéutica.

En este modelo, la severidad del trastorno lingüístico se vincula directamente con la intensidad de la inhibición patológica de las estructuras cerebrales involucradas. Estas inhibiciones pueden manifestarse con tonalidad inhibitoria (por ejemplo, anomias, latencias) o excitatoria (como perseveraciones o jergafasia). Esto permite categorizar los síntomas de manera más precisa y, en consecuencia, adaptar la intervención fonoaudiológica a las características particulares de cada caso.

Azcoaga (1985) plantea cinco niveles de depresión funcional para el síndrome afásico los cuales pueden ser reagrupados en tres niveles de severidad: el nivel I (leve), los niveles II y III (moderado) y los niveles IV y V (severo). En cambio, para el síndrome anártrico, se describen tres niveles: nivel I (leve), II (moderado) y III (severo). En relación a estos niveles de severidad se describen síntomas predominantes en cada uno de los niveles.

En el síndrome afásico, el nivel I generalmente no presenta dificultades en la comprensión. Sin embargo, los pacientes que se encuentran en este nivel no logran la comprensión de los semas más generalizados y abstractos del lenguaje.

Además, se evidencian latencias y anomias. Las primeras representan una lentificación en la actividad combinatoria del analizador, pudiendo presentarse de forma inicial o intermedia. Las segundas, se caracterizan por la incapacidad para denominar. Dicho síntoma puede dar lugar a expresiones, que pueden ser definiciones por el uso, perífrasis y circunloquios. En el caso de las definiciones, el contenido semántico está conservado en una expresión, pero en las perífrasis la expresión es marginal. Los circunloquios son expresiones que no tienen relación con lo pedido, manifiestan expresamente la imposibilidad de denominación.

El nivel II, se caracteriza por las dificultades en la síntesis de las órdenes complejas, lo cual implica relacionar entre sí tres componentes independientes. A su vez, se evidencian latencias, ya descritas en el Nivel I de este síndrome, perseveraciones y parafasias.

Las perseveraciones, son denominadas por Azcoaga como diferentes tipos de repeticiones. Las mismas son frecuentes y pueden dividirse en ecológicas, cuando se trata de repeticiones del lenguaje del interlocutor y en intoxicaciones por el vocablo, en el momento que se producen repeticiones del propio lenguaje del paciente, en consecuencia del discurso espontáneo.

Por su parte, las parafasias también pueden ser clasificadas de acuerdo a lo propuesto por este autor. En el caso de la parafasia verbal paradigmática (PVP), el paciente emite un vocablo emparentado con respecto al significado. En la parafasia monémica, se produce una sustitución de un prefijo, de la raíz de la palabra o de un sufijo. En ambos casos, la sustitución de un fragmento de la palabra afecta al significado. Por otro lado, se evidencian aquellas parafasias resultantes de las sustituciones en la estructura, como la verbal sintagmática (PVS) y morfémica, en donde se evidencia un fragmento no comprometido con el significado.

Por otro lado, en el nivel III, la comprensión se halla favorecida por las latencias iniciales y por las facilitaciones del propio paciente. Las latencias se observan en la lentitud para identificar los contenidos significativos de las frases, siendo evidentes en las órdenes complejas. Las facilitaciones tienen el carácter de ecolalias. A estos síntomas además, se asocia la fatigabilidad, siendo un componente constante que se hace sentir a los pocos minutos de iniciar las pruebas.

Para continuar, en el nivel IV, la capacidad de comprensión del lenguaje se halla en el marco de las frases simples. Se hace evidente también la intoxicación por la orden, apareciendo como síntoma crucial, dando cuenta de la inercia y de como la capacidad de comprensión se va restringiendo a la de palabras aisladas.

Otro de los síntomas que el paciente manifiesta es la logorrea con jergafasia. Es el componente típico en la elocución de los pacientes en este grado de severidad y se produce como consecuencia de un pedido del examinador.

Además, la anomia es muy notable y a menudo pueden dar no solo la falta de respuesta, sino una emisión jergafásica que el paciente no controla. Habitualmente predominan las perseveraciones que alteran su estructura y denuncian la imposibilidad de codificar el mensaje por la inercia del analizador.

Por último, el nivel V de este síndrome evidencia la condición de poder comprender la significación de las palabras aisladas. Sumándose jergafasias con muy limitadas manifestaciones de coherencia o de inteligibilidad.

En el caso del síndrome anártrico, el nivel I evidencia como síntoma principal el agramatismo morfosintáctico. Dicha manifestación se caracteriza por contener la totalidad del mensaje, pero la organización sintáctica es deficiente. De esta manera, hay segmentos que se conservan y segmentos que se excluyen. Entre los primeros, se destaca la conservación de los sustantivos, verbos, adverbios, pronombres y adjetivos. En cambio, es notoria la exclusión de preposiciones, conjunciones, artículos y flexiones verbales de género y número. A este síntoma,

se le añade la disprosodia, la cual indica una evolución positiva y procede a la normalidad, o por el contrario, queda como secuela.

El nivel II comparte como manifestación con el síndrome afásico las latencias, las cuales fueron descritas anteriormente. Además, se evidencian las omisiones de sonidos consonánticos, lo que no solo lleva a su desaparición, sino que también, puede trasladarse a su sustitución por sonidos consonánticos que están presentes, denominándose esto, parafasias fonémicas. Asimismo, puede observarse otro tipo de parafasia descrita por Azcoaga (1985), la parafasia fonética, la cual hace referencia a la alteración en la producción de algunos fonemas, manifestada en la sustitución de un rasgo distintivo.

Por último, en el nivel III, se contemplan las vocalizaciones, en donde se pierde la posibilidad de organizar los distintos puntos de articulación de los fonemas y el paciente solo puede emitir un sonido vocálico.

De esta manera, la información descrita permite interpretar de forma más precisa la evolución clínica del paciente a lo largo del tiempo. En el período agudo, suelen predominar síntomas de mayor severidad, como desorganización global del lenguaje especialmente en niveles IV, y V del síndrome afásico o el nivel III del anártrico. A medida que el paciente progresa hacia el período subagudo, se observan síntomas más modulados como anomias, latencias, parafasias y comprensión parcial que suelen corresponder a niveles I a III del síndrome afásico.

Este enfoque progresivo resulta de gran utilidad para la planificación de la intervención fonoaudiológica desde el inicio, teniendo en cuenta tanto la funcionalidad residual como el potencial de reorganización cerebral.

No obstante, la comprensión de los síndromes neurolingüísticos ha evolucionado. Los modelos de Azcoaga y Geromini se enmarcan en una perspectiva fisiopatológica clásica, basada en analizadores y la depresión funcional. En contraste, la neuropsicología contemporánea

incorpora modelos de redes neuronales interconectadas y enfatiza la plasticidad cerebral como pilar de la rehabilitación.

De acuerdo con estudios recientes, la recuperación del lenguaje tras el ACV involucra la reorganización de redes neuronales en ambos hemisferios, especialmente en regiones del lenguaje del hemisferio izquierdo. Por ejemplo, Wilson y Schneck afirman que: “Se cree que la recuperación de la afasia depende de la plasticidad neuronal, es decir, la reorganización funcional de las regiones cerebrales supervivientes, de modo que asuman funciones nuevas o ampliadas en el procesamiento del lenguaje”. (Wilson y Schneck, 2021: 22)

Así mismo, investigaciones más recientes, promueven que la plasticidad se concretiza a través de la activación de redes homólogas del hemisferio derecho, reforzando conexiones interhemisféricas. En el artículo “Remapeo y reconexión de la red lingüística después de un accidente cerebrovascular” se expresa que:

“...la recuperación de la función del lenguaje después de un accidente cerebrovascular que causa afasia tiene lugar en parte a través de la ‘reorganización’ de las relaciones estructura-función o la ‘toma de control’ (por parte del tejido no dañado) de funciones que se ven afectadas por el tejido dañado”. (Tilton et al., 2024: 1)

En conjunto, este enfoque de redes contrasta con el modelo clásico, de conexionismo tradicional, resignificando el diagnóstico y las intervenciones fonoaudiológicas en base a modelos cognitivos adaptativos y personalizados.

Además, nos permite planificar intervenciones que no solo se limitan al foco lesionado, sino que promueven la reorganización activa de las redes del lenguaje, favoreciendo una recuperación más integrada y sostenible.

Geromini (1995) menciona que en ambos síndromes, el abordaje diagnóstico debe ser doble: uno clínico, basado en la exploración semiológica, y otro fisiopatológico, fundado en la identificación de los procesos alterados. El primero, define los contenidos del plan terapéutico, mientras que el segundo determina su forma de administración. Ambos diagnósticos suelen realizarse durante el período de estado, cuando los síntomas ya se encuentran estabilizados.

Comprender los síndromes neurolingüísticos post padecer un ACV desde una perspectiva fisiopatológica, permite definir estrategias diagnósticas y terapéuticas basadas en la funcionalidad observada.

Para finalizar, cabe destacar que en el marco de la atención temprana fonoaudiológica, reconocer los niveles de depresión funcional desde el periodo agudo permite iniciar tratamientos adaptados al momento clínico y funcional del paciente, favoreciendo la neuroplasticidad y la recuperación progresiva del lenguaje. Es por esto, que en el siguiente capítulo profundizaremos acerca de la atención temprana fonoaudiológica.

CAPÍTULO IV

Atención temprana fonoaudiológica

En capítulos previos se exploraron los síndromes neurolingüísticos resultantes de un accidente cerebrovascular, destacando sus fundamentos fisiopatológicos. En este apartado, el foco estará puesto en la atención temprana fonoaudiológica (ATF) entendida como un recurso esencial para la prevención de secuelas lingüísticas, en los periodos agudo y subagudo de la enfermedad. Además, se detalla la relevancia de la intervención interdisciplinaria y el trabajo con el contexto del paciente.

Desde hace décadas se ha investigado la importancia de iniciar un tratamiento temprano, ya que no solo permite evitar daños lingüísticos mayores, sino que también se asocia con mejores resultados cuando el abordaje se inicia rápidamente tras el accidente cerebrovascular. Autores como Geromini ya anticipaban esta necesidad. En su texto, “La recuperación del paciente afásico: ¿Utopía o realidad?”, plantea que “el trastorno del lenguaje debe ser atendido con urgencia no solo para evitar la aparición de daños irreversibles sino también, como se ha dicho, porque hay una relación directa entre el éxito del tratamiento y su rápida iniciación” (Geromini, 1995:8).

Actualmente, distintos estudios confirman lo que ya se empezaba a sospechar hace años y han demostrado que iniciar la terapia fonoaudiológica durante la fase aguda o subaguda del ACV (dentro de los primeros 28 días) tiene un impacto positivo en los resultados funcionales del lenguaje. Tal como publicó el “National Institute for Health and care Research” (Instituto Nacional de Investigación en Salud y Atención) las terapias iniciadas precozmente y con una alta frecuencia de estímulos logran mejoras significativas en los trastornos lingüísticos, en comparación con aquellas iniciadas de manera tardía o con baja intensidad.

En este estudio se analizaron aproximadamente 174 casos sobre el resultado de la terapia del habla y lenguaje en pacientes post ACV y se descubrió que las mayores mejoras en el lenguaje se asociaron con un total de dos a cuatro horas de tratamiento, administradas durante cuatro o cinco días a la semana. Los autores afirman que comenzar la terapia a tiempo, fue muy importante. Por

el contrario, aquellos pacientes con síndromes neurolingüísticos con más de tres meses cursando la enfermedad, necesitaron terapia adicional para lograr una recuperación óptima.

En la misma línea, la revista *Neuropsychological Rehabilitation* publicó en 2020, el artículo “An exploration of aphasia therapy dosage in the first six months of stroke recovery” (una exploración de la dosis de la terapia de afasia en los primeros seis meses de recuperación del accidente cerebrovascular), en la cual se destaca que una mayor dosis de terapia en los primeros seis meses post-ACV se asocia con mejores resultados funcionales y comunicativos. El estudio demostró que una estrategia de minimización de errores, combinada con una maximización verbal mediante programas de señales dirigidas, resulta particularmente beneficiosa. Aunque aún no es posible generalizar completamente cómo actúa la terapia en cada caso, la evidencia sugiere que tanto la dosis acumulada como la intensidad dentro de cada sesión inciden directamente en la recuperación.

Otro artículo reciente que reflexiona sobre los temas mencionados, es el del “Consenso sobre Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo” quien menciona:

“Entre los beneficios relacionados a una atención temprana se destacan una mejor adherencia al plan y la reducción de las complicaciones a largo plazo. No debe demorarse la evaluación de los posibles déficits: limitación de actividades y discapacidades cognitivas, comunicativas, compromisos psicológicos y trastornos de la deglución.” (Pigretti et al., 2019, p. 27)

A partir de estos aportes, se refuerza la importancia de intervenir tempranamente, actuando en sinergia con la recuperación espontánea y dirigiendo la atención fonoaudiológica hacia la preservación y reorganización de las funciones lingüísticas. La plasticidad cerebral, como ya lo mencionamos en capítulos anteriores, es entendida como la capacidad del sistema nervioso para adaptarse tras una lesión, y constituye el fundamento fisiológico de esta posibilidad.

La urgencia de la intervención también se fundamenta en la necesidad de actuar directamente sobre la fisiopatología del lenguaje, lo cual evita la fijación de formas de comunicación ineficaces o estereotipadas. Esto implica ofrecer alternativas verbales y no verbales

adecuadas desde las primeras semanas, impidiendo que el paciente adopte patrones disfuncionales que luego dificulten su recuperación. En este sentido, Geromini (1995) advierte que si no se establece rápidamente una forma funcional de comunicación, la recuperación posterior puede verse obstaculizada.

Además de la relevancia de la ATF, es importante mencionar que la evolución de estos pacientes dependerá de diversos factores como la etiología, el grado de severidad del trastorno lingüístico, la edad del paciente, la localización y extensión de la lesión. Sin embargo, ciertos cuadros neurolingüísticos pueden presentar un comportamiento diverso en el curso terapéutico y en los logros alcanzados, incluso llegando a una recuperación completa, a pesar de que otros casos no lo logren.

Esta atención temprana fonoaudiológica comprende los períodos agudo y subagudo del ACV. En el artículo: “La emergencia fonoaudiológica en el paciente afásico. Rol del equipo interdisciplinario en la atención temprana en dos efectores de salud” se expresa:

“En este contexto es necesario que el equipo actúe tempranamente teniendo en cuenta los períodos agudo/subagudo de evolución de la enfermedad y las nuevas condiciones fisiopatológicas que ha impuesto la lesión; el no respeto por los tiempos del paciente puede llevar a la instalación de formas de comunicación desdeñables o, dicho de otro modo, estereotipias sin valor comunicativo que dificultan la posterior recuperación del lenguaje” (Aronna et al., 2009: 107).

Arroyo (2009) también delimita claramente estos períodos. El agudo es considerado una emergencia fonoaudiológica. Aunque la intervención sea post-patogénica, tiene un carácter preventivo, con el objetivo de evitar el aislamiento del paciente y protegerlo frente a estímulos comunicativos inadecuados, ya sea por parte de la familia o del equipo de salud. Ante el desconocimiento o la falta de información pueden dirigirse al paciente de diversas maneras el cual no está en condiciones de afrontar.

En cambio, el período subagudo implica tanto la evaluación más precisa del trastorno del lenguaje como la orientación terapéutica. Suele presentarse con mayor fatigabilidad y variabilidad

clínica, por lo cual la planificación debe considerar las características personales del paciente, su personalidad premórbida, el tipo de trastorno, y sus limitaciones motoras, entre otros factores.

El objetivo de esta instancia es poder lograr la readaptación, respetando en todo momento los tiempos del paciente y la manera de comunicarnos como se nombró anteriormente.

En este periodo, la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2023) recomienda sesiones frecuentes, de entre dos a cuatro veces por semana y de al menos treinta minutos, con el fin de aprovechar la ventana crítica de plasticidad cerebral.

En 1982, Berta Derman y algunos colaboradores proponen un fraccionamiento de un protocolo estandarizado para aplicarlo en este período.

Dicho protocolo propone el uso de cuatro tarjetas que involucran diferentes aspectos a evaluar. La primera es denominada “tarjeta A” la cual incluye cuatro secciones. En primer lugar, evalúa el lenguaje intencional espontáneo, la comprensión y elocución del lenguaje verbal puro, efectuando preguntas como: ¿Cómo se llama?.

Además, agrega la escritura intencional espontánea y la comprensión en el plano verbal puro, ante órdenes como: escriba su nombre (orden verbal, respuesta escrita) y escriba su edad y fecha de nacimiento (orden verbal, respuesta escrita).

Otro de los aspectos añadidos a esta tarjeta es el código matemático (cálculo mental automático) ante preguntas como: ¿Cuánto es $8 + 5$? (respuesta oral, escrita o gestual).

Por último, la tarjeta “A” incluye la lectura oral automática, en donde se le consigna al paciente: leer 5 palabras en imprenta y 5 palabras en cursiva, señalar las letras “N” y “B” primero en imprenta y luego en cursiva.

Por su parte, la tarjeta “B” involucra al código matemático (comprensión verbal del enunciado), en donde se le enuncia al paciente: 20 corbatas deben repartirse entre 5 personas

(respuesta oral o escrita). Además, se evalúa la lectura comprensiva (aspecto semántico de la lectura en el nivel sensorceptivo) ante órdenes como: “señale el botón”, “muestre los dientes”, “cierre la boca”, “deme la mano”.

Así mismo, incluye la escritura copiada, copiar cuatro palabras de la oración en imprenta, y luego en cursiva. Por último, la tarjeta “B” añade el lenguaje repetido, en la cual debe repetir palabras como: pa; franela; ferrocarril General Bartolomé Mitre.

La tarjeta “C” involucra al lenguaje comprensivo (órdenes de ejecución de acciones en el plano sensorceptivo, con su cuerpo y otros objetos) a partir de órdenes como: “abra la boca”, “señale el botón”, “señale la moneda”.

Además, evalúa la escritura dictada a partir de la emisión de cinco palabras de un trozo: “Juvenilla” y el código matemático ante preguntas orales: $8 - 4$; 45 dividido 5 . Por último, examina el código escrito ante consignas como: copiar dos palabras; escritura intencional; dictado de dos palabras.

Por último, la tarjeta D incluye la lectura comprensiva ante preguntas como: ¿Dónde vive?; ¿Desde cuando trabajo?. Analiza también el lenguaje (internalización del lenguaje automático) con consignas como: diga los días de la semana; diga los meses del año a partir de abril.

Además, explora el código matemático (cálculo escrito y lectura de números) y el lenguaje denominativo: se le muestra una moneda y se le dice ¿Qué es esto?; se le muestra un destornillador y se le pregunta ¿Qué es esto?.

Al finalizar este protocolo, se podrán analizar los resultados obtenidos evidenciando la diversa sintomatología que el paciente presenta, lo cual permitirá plantear objetivos terapéuticos.

Siguiendo con la importancia de la ATF, para que la misma sea efectiva es imprescindible el trabajo conjunto de un equipo interdisciplinario. Esto incluye no solo fonoaudiólogos, sino

también médicos, enfermeros, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos y nutricionistas. En este abordaje integral, el diálogo con otros profesionales permite adaptar el tratamiento y compartir decisiones clínicas de manera colaborativa.

En el caso de un paciente con un síndrome neurolingüístico luego de haber sufrido un accidente cerebrovascular, el diálogo de los profesionales fonoaudiólogos será en mayor medida con los neurólogos y con los profesionales de la enfermería presentes en sala, y que siguen la evolución diaria. En el caso de los profesionales neurólogos, se les dará una devolución de lo observado en sala, brindando un informe del “diagnóstico presuntivo del lenguaje”. A enfermería, se le darán pautas de comunicación relacionadas a dicha evolución lingüística.

Así mismo, pueden citarse entrevistas conjuntas entre fonoaudiólogo/a y psicólogo, con el paciente y el familiar responsable, destacando logros y metas a alcanzar.

En palabras de Alessandro: “El tratamiento de esta enfermedad es complejo e involucra a un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud (médicos, kinesiólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos y nutricionistas), incluyendo en los últimos años al propio paciente y cuidadores como parte importante del equipo de rehabilitación”. (Alessandro et al., 2020: 55).

Del mismo modo, Aronna sostiene que “en la actualidad, no es posible pensar que el aporte individual de cada disciplina sea suficiente para dar respuesta a problemáticas de alta complejidad como la que presentan estos pacientes” (Aronna et al., 2009).

Es por esto que, puede citarse la investigación de Silva (2022), realizada en la ciudad de Las Varillas (Córdoba), quien indagó sobre el conocimiento que tenían los profesionales de la salud acerca del rol fonoaudiológico en la atención temprana y el trabajo interdisciplinario. La autora afirma: “Es importante que otras profesiones conozcan las acciones que el fonoaudiólogo puede realizar en estos casos, ya que esto influye en la participación efectiva del profesional en la atención del paciente afásico” (Silva, 2022:36). Los resultados mostraron que el 62,7 % tenía un

conocimiento parcial del rol del fonoaudiólogo, y el 75 % lo consideraba regular, lo que evidencia la necesidad de mayor difusión y articulación profesional.

Por otro lado, junto con el equipo de salud, la familia del paciente también constituye un eje fundamental del trabajo terapéutico. Informar y asesorar a la familia sobre el trastorno del lenguaje permite involucrarse activamente, promoviendo su acompañamiento desde lo cotidiano.

Tal como señala Arroyo, “este momento de emergencia fonoaudiológica requiere de pautas claras y precisas a la familia, de una adecuación en la calidad y cantidad de los estímulos en función de la tonalidad del cuadro, y de jerarquizar las respuestas del paciente que conduzcan a una real comunicación” (Arroyo, 2009: 68).

Estas pautas son elaboradas previamente a modo de guía, indicando aquellas consideradas de mayor importancia de acuerdo al cuadro lingüístico. Las mismas se brindan tanto en forma oral como escrita, en un lenguaje accesible a los familiares y siendo particulares de acuerdo a cada paciente.

El Instituto Nacional de sordera y otros trastornos de la comunicación propone algunas pautas para otorgar a familia y otros profesionales, entre ellas:

- Fomentar cualquier tipo de comunicación, ya sea hablada, con gestos, señales o dibujos.
- Simplificar el lenguaje usando frases cortas y sencillas.
- Minimizar las distracciones, como la radio o la televisión.
- Mantener un tono de conversación natural.
- Repetir las palabras clave o anotarlas, para aclarar el significado.
- Darle el tiempo suficiente al paciente para que hable.

En concordancia con esto, se menciona que:

“La intervención precoz permite enseñar estrategias positivas de comunicación y descartar las estrategias negativas. Cosas tan sencillas como hacer que los familiares miren al paciente cuando le hablen o indicaciones de tareas automáticas pueden ser altamente beneficiosas” (Peña-Casanova et al., 1995:118)

En resumen, se enfatiza en todo momento la importancia de no fomentar estereotipos ni inducir al paciente a expresarse cuando está impedido; sí a estimular el intercambio a través de otros canales, jerarquizando así la comunicación por sobre los aspectos puramente lingüísticos. Todo ello en función de evitar su aislamiento y mantenerlo comunicado.

Para finalizar con este capítulo, nos parece importante plasmar que trabajar inmediatamente en la recuperación lingüística de los pacientes con síndromes neurolingüísticos permite apostar a una mejor calidad de vida de los mismos, favoreciendo su inserción en el ámbito familiar y permitiendo la continuidad de un tratamiento para reinsertarse social y laboralmente. Además, incidirá en el grado de recuperación que pueden alcanzar estos pacientes.

Como se dijo anteriormente, se necesitará de un equipo interdisciplinario que encauce la recuperación buscando dicha readaptación del paciente a su nuevo estado. El rol del fonoaudiólogo en estas etapas, será estratégico y determinante, implicando una tarea de diagnóstico dinámico, junto con la contención familiar y la implementación de estrategias específicas que promuevan la reorganización cerebral y la restauración progresiva del lenguaje.

Conclusiones

A través de la elaboración de este Ensayo, enfocado en la importancia de la atención temprana fonoaudiológica en pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular, se concluye que es de gran importancia intervenir a tiempo en la vida de aquellas personas que han sufrido una lesión cerebral, y que tienen como consecuencia, una alteración en una de las funciones más primordiales, el lenguaje.

Desde el primer capítulo, el ACV es interpretado como una urgencia no solo médica, sino también comunicativa. Se establece que el lenguaje es una herramienta imprescindible del ser humano, la cual permite mantenernos comunicados, y en relación con el entorno. Es por esto, que es fundamental que ante un trastorno neurológico, cuando el lenguaje se encuentra súbitamente alterado, el profesional fonoaudiólogo pueda intervenir rápidamente.

Para la realización de este ensayo, los aportes de Azcoaga y su contraste con teorías contemporáneas acerca del estudio de los síndromes neurolingüísticos, aportan un marco sólido, permitiendo comprender la relación entre la lesión cerebral y la organización lingüística, incorporando nociones como la de la plasticidad cerebral y la capacidad de reorganización funcional.

Resulta importante resaltar la clara evidencia del aprovechamiento de la neuroplasticidad cerebral en este tipo de patologías, y lo que representa en los periodos considerados como emergencia fonoaudiológica. Se ha visto que el cerebro tiene la capacidad de reorganizar sus funciones y crear nuevas conexiones, con el fin de compensar aquello que se ha perdido. Este aspecto constituye un principio básico en la rehabilitación.

Desde una perspectiva fisiológica, la intervención fonoaudiológica temprana resulta fundamental, ya que permite prevenir la consolidación de daños lingüísticos que podrían afectar de manera significativa la comunicación, la cognición y la calidad de vida del paciente.

El análisis de la intervención temprana en dichos síndromes, evidencia la importancia de este abordaje tanto desde la perspectiva clínica como neurofisiológica. La fisiopatología del lenguaje, vinculada a la alteración de estereotipos y códigos lingüísticos, genera déficits

específicos en la comprensión, producción y uso del lenguaje, condicionando la comunicación efectiva y la participación social del paciente.

Además, la atención temprana demuestra que su implementación oportuna reduce las secuelas lingüísticas y favorece la recuperación funcional, al mismo tiempo que constituye un factor clave para la rehabilitación integral del paciente.

El abordaje interdisciplinario, contextualizado y sistemático se presenta como un componente fundamental para garantizar resultados clínicos significativos, considerando tanto la dimensión biológica como los factores sociales y familiares que influyen en la rehabilitación.

Este trabajo invita a proyectar nuevas líneas de acción e investigación en el campo. Resulta necesario producir estudios que aporten evidencia sobre la eficacia de la atención fonoaudiológica temprana en el contexto argentino, así como avanzar en la creación de protocolos estandarizados que permitan homogeneizar la práctica clínica.

Desde una mirada profesional, la intervención fonoaudiológica precoz representa no solo una técnica a implementar, sino un compromiso ético y humano. La urgencia en la intervención se vincula con la posibilidad de preservar la dignidad comunicativa del paciente.

Asimismo, la práctica clínica requiere reconocer que la rehabilitación del lenguaje no es lineal ni predecible; no existen fórmulas clínicas ni resultados garantizados. Su eficacia depende de la sensibilidad profesional, la escucha activa, la contextualización de las intervenciones y la comprensión de la singularidad de cada paciente. Por lo tanto, la ATF implica habilitar procesos de comunicación, acompañar trayectorias individuales y favorecer la mejor adaptación posible del paciente a su vida cotidiana.

El tiempo es cerebro, aunque no se trata solo de “llegar antes”, sino de estar disponibles desde el primer momento con una mirada integral, humana y respetuosa. Detrás de cada concepto, diagnóstico y enfoque terapéutico, hay personas atravesando un momento crítico, por lo que la urgencia no es sólo clínica sino subjetiva: es la necesidad de no quedar aislado, de ser comprendido aun cuando el lenguaje falle, de tener un espacio para volver a decir.

Como futuras fonoaudiólogas, queda la certeza de que intervenir desde etapas tempranas no solo favorece la recuperación del lenguaje, sino que también puede ser el primer paso para restaurar la capacidad de interacción comunicativa del paciente. La atención fonoaudiológica temprana trasciende, no como una técnica a aplicar, sino como un compromiso, el de habilitar una palabra posible en medio del silencio, el de sostener un vínculo cuando todo tiende a desorganizarse, el de acompañar en ese trayecto en el que se reconstruyen sentidos, frases, y vínculos.

Cada capítulo fue una oportunidad para acercarse un poco más a la complejidad de los pacientes que algún día vamos a acompañar. Se determinó que no alcanza con saber qué hacer, sino que es igual de importante saber cómo, cuándo y por qué hacerlo.

La construcción de este trabajo, contribuyó a consolidar una mirada clínica que no se limita a detectar síntomas, sino que busca comprender procesos y acompañar al paciente en el transcurso de la patología.

El proceso de rehabilitación debe entenderse como una intervención centrada en la persona, y no solo en la recuperación de funciones particulares como el lenguaje. El objetivo principal es promover la mejor adaptación del paciente a la vida cotidiana.

Se concluye que, la rehabilitación del lenguaje post ACV se concibe como un proceso integral que combina conocimiento teórico, evidencia clínica y compromiso ético, orientado a optimizar la funcionalidad, la participación social y la calidad de vida del paciente. Apostar a la atención temprana es una forma de brindar mejores herramientas al paciente para que pueda comunicarse y relacionarse plenamente.

Para finalizar, se considera que es relevante concientizar la importancia de la presencia del profesional fonoaudiólogo en esta primera instancia, acompañado e integrado a un equipo interdisciplinario dada la complejidad de la patología, abordando al paciente de manera integral.

El fonoaudiólogo, podrá establecer pautas, las cuales son fundamentales para favorecer la rehabilitación lingüística posterior. Serán dirigidas tanto a los equipos de salud durante el periodo

agudo y subagudo, como al propio paciente y a su entorno cercano, el cual ocupa un lugar muy importante en este proceso, orientado a apoyar y facilitar la recuperación del paciente.

Es indispensable que la familia se vincule, brindando un entorno afectivo, estimulante y coherente que refuerza lo trabajado por los profesionales, favoreciendo una evolución más efectiva. Es por esto, que nos parece fundamental fortalecer el vínculo entre el equipo de trabajo y las familias, promoviendo la orientación, la participación y el acompañamiento constante.

La labor del fonoaudiólogo será esencial y determinante; es por esto que, se promueve su participación tanto en la internación como en el ámbito de sala, ofreciendo recursos que permitan un abordaje eficaz, humanizado y con resultados positivos en el paciente adulto, junto con el trabajo de los distintos profesionales de la salud.

Referencias bibliográficas:

- Arana, H, Lopez, S, Leal, L, Vargas, N.. 2024. “Neurobiofisiología de trastorno del lenguaje asociado a evento cerebrovascular”. *Revista Académica Sociedad del Conocimiento CUNZAC* 4(1), 1–14.
- Ardila, Alfredo y Rocelli, Monica (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Editorial El manual moderno.
- Aronna, A. Ithurrealde, C, Rohner M L, Rossi, C. 2009. “La emergencia fonoaudiológica en el paciente afásico. Rol del equipo interdisciplinario en la atención temprana en dos efectores de salud” *Divulgación de la Producción Científica y Tecnológica de la UNR* Secretaría de Ciencia y Tecnología UNR:107-115.
- Arroyo, A. (2009). Introducción en el porqué de la atención temprana en el paciente afásico adulto. *Revista Fonoaudiológica digital*. Tomo 55, n°2. Buenos Aires.
- Aunali, S., Prasanna, T. (2023) “Enfermedad Cerebrovascular” *Biblioteca Nacional de Medicina*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430927/> (Visto 2/5/25)
- Azcoaga, Juan E. (1985) *Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología)*. Buenos Aires: El ateneo.
- Brogan, E., Ciccone, N., & Godecke, E. (2020). *An exploration of aphasia therapy dosage in the first six months of stroke recovery*. *Neuropsychological Rehabilitation*, 31(8), 1254–1288. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1776135> (Visto 12/06/25)
- Bruna, O, Junque, C, Puyuelo, M, Roig, T y Ruano Angel. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica Intervención y práctica clínica*. Barcelona, España: GEA consultoría editorial.
- Colome, R, Camarero, L, Perez, M y Amandi, M. 2003. “Factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares. Etiopatogenia del accidente cerebrovascular”. *Etiopatogenia del accidente cerebro vascular*. 8(91): 4911- 4917
- Cuadrado. A (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento.
- Fundación Cardiológica Argentina. 2011. “Guía de actualización en accidente cerebrovascular”. Guia del colegio de Farmacéuticos, Buenos Aires.
- Geromini, G. (2000). Las alteraciones neurolingüísticas: modelo teórico fisiológico y fisiopatológico. *Fonoaudiológica*, 46(2), 30–40

- Geronimi, G. (1995). La recuperación del paciente afásico: ¿Utopía o realidad? Revista de la Fundación Villavicencio. ADINA. Rosario.
- Hospital Privado de Rosario. (2024). “HPR: Primer centro certificado en ACV de la región”. <https://share.google/rFdusM6qOMuXeziZR> (Visto: 31/08/2025)
- Instituto Nacional de sordera y otros trastornos de la comunicación (2024) “La afasia”. <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/afasia> (Visto 10/09/25)
- Iturralde, C. (2017). Responsabilidad social universitaria. Intervención fonoaudiológica con pacientes afásicos adultos. Rosario. Biblioteca ADINA.
- Libiano, J. E. (2024). “Afasia tras ACV: causas, tipos y rehabilitación”. *NeuronUP*. <https://neuronup.com/estimulacion-y-rehabilitacion-cognitiva/dano-cerebral-adquirido/ictus-o-accidentes-cerebrovasculares-acv/afasia-tras-acv-causas-tipos-y-rehabilitacion/> (Visto 10/5/25).
- Marian, C., Bradi, et al, (2022) “Complex speech-language therapy interventions for stroke-related aphasia: the RELEASE study incorporating a systematic review and individual participant data network meta-analysis” *Journals Library*. <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/RTLH7522> (Visto 5/6/25).
- Moyano, A. (2010) “El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador” *Revista Hospital Clínica Universidad de Chile*. 21: 348-354
- Organización Mundial del Ictus & The Lancet Neurology. (2023). *Los derrames cerebrales podrían causar 10 millones de muertes en 2050*. Foro Económico Mundial. <https://es.weforum.org/stories/2023/11/los-derrames-cerebrales-podrian-causar-10-millones-de-muertes-en-2050-las-noticias-sobre-salud-que-debes-leer-esta-semana/> (Visto 25/2/25)
- Peña-Casanova, J. Heres Pulido, J. 1995. “Objetivos terapéuticos. Principios generales de la terapia y prerreeducación”. En *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*, editado por Masson, 113-126. Barcelona: Editorial.
- Pigretti, S. G., Alet, M. J., Mamani, C. E., Alonzo, C., Aguilar, M., Álvarez, H. J., Zurrú, M. C. (2019). *Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo*. Medicina (Buenos Aires), 79, 1–46

- Sabio, R., Savia, A., Barraza, L., Mamani, C., Andrade, G., Velazco, M. (2023). “Abordaje de la enfermedad cerebrovascular: de la prevención primaria a la rehabilitación”, *Revista Argentina de Medicina*, 11(2) 187-202. <https://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/844/749> (Visto 15/5/25)
- Tilton, V, Apellido, Stockbridge, M, y Hillis, A. 2024. “Remapeo y reconexión de la red lingüística después de un accidente cerebrovascular”. *Ciencia del cerebro*, 14(5), 419.
- Wilson, S y Schneck, S. 2021. “Neuroplasticidad en la afasia post-ictus: una revisión sistemática y metaanálisis de estudios de imágenes funcionales de la reorganización del procesamiento del lenguaje”. *Neurobiología del lenguaje*. (2) 1: 22-82.