

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA



***“IMPORTANCIA DEL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO/A EN LA ATENCIÓN
TEMPRANA EN EL PACIENTE ADULTO AFÁSICO”***

ROSARIO, ARGENTINA

2023

Alumnas:

Fernández, Melissa Belén

Orecchia, Abril

Con la supervisión de:

Rohner, Maria Laura

Saracco, Maria Fernanda

Tesina presentada por:

Fernández, Melissa Belén

Orecchia, Abril

Con la supervisión de:

Lic. en Fgía. Rohner, Maria Laura

Lic. en Fgía. Saracco, Maria Fernanda

Aprobada por:

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

En Rosario, a los días del mes de del año

.....

Legajo: F - 1204/1

Legajo: O - 0465/1

Agradecimientos

Agradecemos a nuestros seres queridos, que nos acompañaron y apoyaron incondicionalmente a lo largo de este camino de aprendizaje, el cual fue muy gratificante.

También les damos las gracias a nuestras tutoras, Licenciadas en Fonoaudiología y Docentes, Laura Rohner y Fernanda Saracco por su ayuda y predisposición en todo momento, por incentivarlos y motivarlos constantemente.

Agradecemos a la Universidad Nacional de Rosario por brindarnos un espacio de aprendizaje y darnos la oportunidad de crecer no solo como profesionales sino también como personas, por demostrarnos que la Fonoaudiología es una carrera compleja, interesante y apasionante.

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Problematización.....	8
Objetivos.....	9
Desarrollo	
Capítulo I: La afasia.....	10
Capítulo II: Atención temprana fonoaudiológica del paciente afásico: ¿Por qué? ¿Cómo? y ¿Cuándo?	18
Capítulo III: La neuroplasticidad.....	23
Capítulo IV: Influencia en la vida social, laboral y familiar	26
Capítulo V: Intervención fonoaudiológica e interdisciplina.....	29
Conclusiones.....	36
Referencias bibliográficas.....	39

Resumen

En el presente ensayo se argumenta y se reflexiona sobre la importancia de la atención temprana fonoaudiológica en el paciente afásico adulto, que ha sufrido una lesión neurológica y como consecuencia presenta un trastorno del lenguaje.

Surge como tema de interés, dado que se considera que las lesiones de tipo neurológicas, necesitan de una atención temprana fonoaudiológica, ya que a partir de la misma se abordan diversas cuestiones que hacen al posterior tratamiento y rehabilitación del paciente, no solo a nivel personal, sino también emocional, familiar y laboral.

A lo largo del ensayo se tienen en cuenta diferentes aspectos, los cuales se consideran de relevancia.

En una primera instancia se desarrolla la afasia, su concepto, cuáles son sus causas y cómo se ve afectado el lenguaje, con el fin de poner en contexto al lector. Se tienen en cuenta a múltiples autores y diferentes momentos socio históricos.

Se desarrolla la importancia de la atención temprana fonoaudiológica y cuáles son los períodos implicados en la misma.

Posteriormente se plantea la importancia de la neuroplasticidad respecto a la rehabilitación y por qué es tan fundamental atender al paciente tempranamente aprovechando este principio.

Se tiene en cuenta la actitud de la familia y cómo influye la problemática en la vida del paciente. Así mismo se expone y se reflexiona respecto a la intervención fonoaudiológica y la interdisciplina.

Se considera importante brindar información respecto a este tema, ya que como toda patología abordada a tiempo, se logra minimizar los riesgos y prevenir posteriormente daños lingüísticos mayores, por lo que el objetivo es promover conocimientos y abordar este asunto críticamente.

Palabras claves: Atención temprana; adulto afásico; daños lingüísticos; trastorno; neurolingüístico.

Introducción

En el siguiente ensayo se procura brindar información a licenciados/as en fonoaudiología, otros profesionales de la salud y al público en general, dado que la afasia, es una problemática que le compete a todos; vale subrayar que este término será tomado como una generalidad dentro de los síndromes neurolingüísticos del paciente adulto, ya que además de las afasias existen otros trastornos del lenguaje al producirse una alteración neurológica que deben ser detectadas, evaluadas y tratadas a tiempo.

Según Mercado (2019) la afasia es un trastorno del lenguaje adquirido, que se produce por una lesión que afecta directamente al cerebro de manera focal comprometiendo los diferentes centros del lenguaje, sus zonas adyacentes y/o sus vías de conexión. Como resultado de ésta lesión, pueden presentarse síntomas en diversas funciones del lenguaje: comprensión, expresión, lectura y/o escritura, originados por déficits totales o parciales en el procesamiento de la información.

Es por ello que se pretende reflexionar respecto a cómo intervenir tempranamente, teniendo en cuenta la interdisciplina que tan mencionada es en el área salud, manteniendo una mirada integral y global, tomando en cuenta la individualidad del paciente, como así también todo aquello que trae aparejado dicho trastorno del lenguaje, desplegando no solo la labor fonoaudiológica, sino también una actitud empática, ya que se trabaja con personas que están transitando un proceso complejo y un momento de vulnerabilidad.

En la actualidad la afasia es una patología recurrente, ya que, es cada vez más frecuente observar personas adultas que presentan trastornos neurolingüísticos, por este motivo se debe comenzar a observar y tomar dicha problemática con atención y seriedad, dado que los pacientes se verán afectados completamente en todos sus ámbitos.

El lenguaje es el vehículo o medio de comunicación humana por excelencia, en su expresión oral (verbal) y gráfica (escrita) (...) El lenguaje es una función que se estructura por un sistema de signos y símbolos, mediante el cual se comunican sensaciones, ideas, conceptos. (Angiono V. A, 2019, p.19)

Cuando éste se ve afectado, se verá comprometida la comunicación ya que ésta y lenguaje si bien son dos conceptos diferentes, al mismo tiempo están superpuestos.

Es por ello, que en la afasia, el fonoaudiólogo es el encargado de fomentar la comunicación humana, y actuar tempranamente, para evitar no solo el aislamiento del paciente, sino también prevenir daños lingüísticos mayores.

Problematización

El trastorno afásico que deja una lesión de tipo neurológica lleva a profundizar acerca de la importancia y relevancia del accionar fonoaudiológico en forma temprana dado el consecuente compromiso en el lenguaje.

Reflexionar cómo se ve afectado el contexto familiar, social y laboral del paciente afásico y cómo actuar tempranamente frente a esto.

Como agentes de salud se debe analizar acerca de la tarea con pacientes que presentan trastornos neurolingüísticos, recapacitando sobre el trabajo del equipo interdisciplinario, dada la complejidad del tema.

Objetivos

- Dar a conocer el trabajo que realiza el profesional fonoaudiólogo en la atención temprana del lenguaje en el paciente con trastornos neurológicos adquiridos.
- Desarrollar cómo la atención temprana fonoaudiológica en adultos afásicos permite evitar daños lingüísticos mayores.
- Informar sobre el impacto que implica el trastorno afásico en el entorno familiar, social y laboral del paciente.
- Reflexionar respecto al equipo interdisciplinario en la atención temprana del paciente afásico.

Desarrollo

Capítulo I

LA AFASIA

Para dar comienzo a este primer capítulo se define el concepto de afasia; el reconocido autor Azcoaga (1985) afirma:

Es una alteración de la comprensión del lenguaje (lenguaje interior) y 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 descodificación semántica, la capacidad de síntesis de proposiciones simples y la codificación semántica. En la consideración lingüística, es la desintegración de la codificación y la descodificación semánticas, y de la transcodificación semántico – fonológica. (p.179)

Desde una perspectiva más contemporánea, Toledo Rodriguez y Tobar Fredes (2021) consideran a la afasia como un trastorno de la comunicación causado por un daño cerebral, caracterizado por alteraciones en la expresión y comprensión del lenguaje oral y escrito que no se explica por déficit sensorial, motor, intelectual o psiquiátrico. Sin embargo, puede llegar a estar acompañada de trastornos de este tipo, lo cual contribuye aún más a despertar sentimientos negativos en el individuo.

Conforme a ello, González Martín (2020) en su trabajo de grado, plantea la afasia como un trastorno del lenguaje y la comunicación, que altera la calidad de vida de las personas que la padecen, dificultándola en varios ámbitos; es una de las principales alteraciones que presentan las personas que sufren un accidente cerebrovascular. Debido a esto, el paciente una vez ingresado al hospital necesita de la intervención precoz con el profesional correspondiente a cada área.

Se observa que las definiciones y miradas respecto a la afasia son heterogéneas, algunas hacen mayor mención en la lesión orgánica, otras consideran y nombran la afectación de aquellas otras formas de comunicarse y en la actualidad no solo se plantea que es un trastorno que afecta el lenguaje y la comunicación, sino

que también se menciona la intervención precoz y cómo este trastorno altera la vida de las personas que lo transitan. Más allá de estas diferencias todas las definiciones confluyen en la desintegración que causa la afasia en el lenguaje y la comunicación.

Se considera que en la actualidad por los diversos avances respecto a la fonoaudiología y más específicamente en la afasia, se tiene un panorama en donde el contexto que rodea al sujeto tiene un valor de máxima relevancia; no se debe olvidar que el ser humano está inmerso en una realidad que le es inherente y lo atraviesa completamente. Es por ello, que este trastorno más allá de los síntomas lingüísticos que le son propios, comienza a poner en pausa la vida y la cotidianidad de quien la padece.

Tal es así que es una patología que trasciende las esferas exclusivas del lenguaje; genera un quiebre de gran magnitud en la biografía de las personas y tiene un impacto severo en la calidad de vida de aquellos que la padecen. Si bien en los últimos años se ha podido ver un avance en materias de ayuda mediante la implementación de programas de habilitación y rehabilitación, para este tipo de pacientes, aún falta mucho por avanzar. Se precisa crear más conciencia al respecto.

En el afásico se puede observar una incapacidad parcial o total para usar el lenguaje, el cual como se sabe es el medio que nos permite establecer un intercambio comunicativo, brindando la oportunidad de expresar sentimientos, ideas, intenciones y necesidades.

El intercambio comunicativo se verá interferido encontrándose dificultades que varían desde poder encontrar las palabras precisas en el discurso, hasta una completa incapacidad para poder comunicarse, es decir, algunas personas tienen dificultades en comprender lo que dicen los demás, otras presentan inconvenientes al leer, escribir o al tener que operar con números.

En otros casos, tienen alteraciones al querer expresar lo que quieren comunicar, aunque conservan intacta la comprensión. Teniendo en cuenta esta variabilidad de signos y síntomas se determinará posteriormente el tratamiento necesario para cada uno de los pacientes.

Debido a esta gran variedad de signos lingüísticos, son varios los autores que se han dedicado al estudio de los mismos y han establecido diferentes tipos de afasias en función de diversos aspectos.

Según González Martín (2020) tomando a Ardila (2006), existen más de 20 clasificaciones distintas de las afasias, algunas de ellas son: la clasificación realizada por Weisenburg y McBride en 1935, que diferenció entre afasias expresivas y receptivas; la realizada por Wernicke, que distinguió los trastornos afásicos en tipo motor y tipo sensorial; la clasificación de las afasias en fluentes y no fluentes, realizada por Benson en 1967; o, la realizada por Jakobson en 1964, que se basó en la lingüística distinguiendo entre trastornos paradigmáticos y sintagmáticos, que más adelante fue incorporada por Luria en 1980. (p.16)

De la misma manera Donoso y González (2012) plantean que la clasificación de las afasias es compleja; además se observa que en muchas ocasiones no se logra clasificar con facilidad a algunos pacientes o en ellos no se observa la correlación anátomo-clínica que podría esperarse.

Ahora bien, no todas las personas afásicas presentan la misma sintomatología. Esto se debe a la diversidad de tipos de afasias que se nombró anteriormente, alternándose en cada caso áreas diferentes y produciendo así una variación de los mismos.

Debido a esto, se habla de que no existe un paciente igual a otro, sino que cada paciente con este diagnóstico es diferente; en consecuencia se considera interesante e importante detenernos brevemente en algunos de los síntomas. Según González Martín (2020), algunos de ellos serán:

- **Anomias:** es la dificultad o incapacidad para evocar el nombre correspondiente a cada objeto. Es uno de los síntomas principales de las afasias.
- **Estereotipia:** emisión de un conjunto de sonidos, sílabas o palabras que se producen de manera repetida para intentar hablar. Pueden ser con o sin sentido.
- **Parafasias:** sustitución de fonemas, sílabas o palabras adecuadas por otras que no corresponden. Al igual que la anomia, son uno de los síntomas más comunes dentro de las afasias.

- **Ecolalia:** repetición automática de la última palabra o frase que el paciente afásico acaba de decir a su interlocutor.
- **Perseveraciones:** repetición de palabras dichas anteriormente, en un momento donde no tiene sentido con lo que se está diciendo.
- **Agramatismos:** dificultad para realizar uniones gramaticales, conjugar verbos y utilizar las palabras función, utilizando únicamente sustantivos y verbos en infinitivo, entre otros.

Guerrero, Buitrago y Estupiñán (2013) proponen una clasificación de los síntomas en las afasias:

Trastornos en la expresión verbal, el cual puede expresarse en dos aspectos:

- Reducen la expresión verbal, a nivel articulatorio, a nivel nominal, o a nivel sintáctico.
- Otros deforman la expresión verbal, como ocurre con las parafasias y con la jerga.

Trastornos de la articulación verbal: implica la reducción articulatoria, la cual se expresa por una variedad de deformaciones en los fonemas; cabe destacar que se enmarca en el nivel de la anartria. Dentro de este trastorno se puede encontrar:

- Suspensión del habla: este síntoma no es el más habitual, en caso de que suceda el diagnóstico es muy complejo, dado que una persona puede dejar de hablar por causas diferentes a un trastorno afásico.
- Reducción nominal: es la dificultad para evocar las palabras como por ejemplo nombre de objetos, condiciones y cualidades, las mismas pueden ser permanentes o transitorias.
- Reducción sintáctica: desaparecen ciertos elementos convencionales de la gramática; se ven implicadas las estructuras sintácticas, hay tendencia a la yuxtaposición, simplificación de infinitivos en lugar de otros tiempos del verbo, se emplea un lenguaje infantil.

Deformación del lenguaje:

Aquí es donde se habla de **Parafasias** las cuales, se determinan a través de los siguientes tipos:

- a) Parafasias fonémicas: en la que se evidencia una alteración en la serie fonémica constituida de un monema por omisión, añadidura, desplazamiento o reemplazo; es decir, el paciente enuncia “aptuar” en vez de “actuar”, en el caso más simple.
- b) Parafasias verbales: consisten en la sustitución de un monema que pertenece al mismo inventario de la lengua comunitaria. Se encuentran dos tipos de parafasias verbales:
 - Parafasias verbales morfológicas: cuando el monema sustituyente pertenece al mismo campo de significantes que el sustituido, por ejemplo “rusa” por “rosa”.
 - Parafasias verbales semánticas: cuando el monema sustituyente pertenece al mismo campo de significados que el sustituido, admitiendo las siguientes variedades: monemas de la misma clase (“manzana” “pera”), monemas en oposición (“bueno” “malo”), monemas que hacen referencia a cosas que están en proximidad en el mundo exterior (“mesa” “silla”).

Dichas autoras también hacen referencia a que algunos pacientes afásicos tienden a reemplazar monemas lexicales por determinados vocablos de su predilección, reiteradamente. Muchas veces se trata de una repetición de un vocablo; es decir, el paciente afásico es muy reiterativo en la repetición del vocablo. Este fenómeno se denomina “**intoxicación por la palabra**”.

Aquí también es frecuente encontrar según Guerrero, Buitrago y Estupiñán (2013):

- **Neologismos**: el sujeto tiende a invertir las palabras y a confundir los fonemas; por ejemplo, “altamente” por “mentealta”, “Jamaica” por “majaica”, y si se les indica un objeto contestan palabras que no están relacionadas con él.

- **Disintaxias:** es una producción lingüística patológica, en donde se pueden presentar toda clase de incoherencias que no corresponden a una u otra de las reglas de la convención sintáctica comunitaria. Un ejemplo se puede evidenciar con la siguiente frase: “el niño duerme con cuna”, en lugar de “el niño duerme en la cuna”.
- **Jergafasias:** implica la pérdida de la cualidad esencial de las formulaciones verbales del sujeto. La significación se pierde. El sujeto muestra en su lenguaje una total incoherencia.

Trastornos de la comprensión verbal

Manifiestan dos modalidades diferentes de trastornos de la comprensión verbal, de acuerdo con el estadio de la organización nerviosa de la recepción de los mensajes, que resulta de los efectos de las lesiones.

- a) Al estadio de la organización de la integración auditiva.
- b) Al estadio de la organización neural, que más allá de la identificación perceptiva, asegura los mecanismos psicolingüísticos que corresponden a trastornos más complejos y variados.

Trastorno del lenguaje escrito

En el cual las autoras expresan que se puede presentar:

- **Agrafia:** ligada al trastorno afásico total, muchas veces un trastorno del lenguaje escrito es mucho más grave que un trastorno oral, ya que la expresión escrita necesita una estructura más elaborada que la expresión oral, teniendo en cuenta la compleja composición simbólica que requiere una combinacional proposicional. Las autoras antes nombradas, toman a Lecours, el cual define a la agrafia como el conjunto de anomalías del grafismo que se pueden relacionar con los trastornos árticos del lenguaje hablado. Se observa en la agrafia una falta de un mensaje claro.
- **Alexia:** se distinguen dos tipo:
 - a) **Alexia óptica** la misma es una perturbación de las funciones que aseguran el reconocimiento visual de los símbolos gráficos del lenguaje, en las que la alexia

es más verbal que literal y en las que los intentos de lectura deben ser analíticos.

- b) Alexias afásicas, que derivan de una pérdida del valor semántico de los signos del lenguaje escrito, siendo más literales que verbales y debiendo ser de tipo global los intentos de lectura. Se puede comprobar una disociación entre la verbalización y la comprensión de las palabras escritas: el enfermo puede comprender el sentido de los vocablos o de las frases, pero no lo puede pasar a su enunciación verbal.

¿Cuáles son sus causas?

Según González Martín (2020) basándose en lo expresado por la Organización Mundial de la Salud, la misma considera que el ACV (Accidente Cerebro Vascular) es la enfermedad neurológica más frecuente, con una incidencia promedio mundial de 200 casos por cada 100.000 habitantes al año.

Asimismo Toledo Rodríguez y Tobar Fredes (2021) consideran que también puede estar asociada a otras patologías como el traumatismo craneoencefálico (TEC) y los tumores (TU), pero con menor incidencia.

En el caso de las enfermedades neurodegenerativas, su presencia es diversa y dependiente del tipo de cuadro, siendo más prevalente en algunos tipos de demencia.

Volviendo a la causa principal González Martín (2020) describe dos tipos de ACV: el primero, es denominado isquémico, en el cual se produce una interrupción del suministro de sangre en el cerebro, mientras que, el segundo tipo es el hemorrágico produciéndose un sangrado en sus estructuras.

Entre estos dos tipos, la afasia se observa principalmente en el ACV de tipo isquémico. Hecha esta salvedad y tomando nuevamente a González Martín (2020), la autora hace referencia a que la incidencia de los ACV aumenta con la edad y con la existencia de factores de riesgo entre los que se pueden encontrar la hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes, obesidad, tabaquismo, entre otros.

Se considera según lo expuesto a lo largo del capítulo que, la afasia es un trastorno en el que, desde el comienzo se transita una situación traumática y compleja, la misma no solo influye en la esfera lingüística presentando una variabilidad de signos y síntomas, sino que va a ir más allá, generando conflictos en diferentes ámbitos y contextos del paciente, lo que conlleva a que la problemática sea aún más profunda presentando otros matices o variables a considerar; no se debe atender sólo al paciente y la afasia, sino que se toma en consideración el paciente, la afasia y todo lo que acarrea la misma.

Es por ello que el concepto, atención temprana es relevante y toma gran importancia en este trastorno, ¿por qué? ¿cómo? y ¿cuándo? serán interrogantes que se desarrollan a lo largo del siguiente capítulo.

Capítulo II

ATENCIÓN TEMPRANA FONOAUDIOLÓGICA DEL PACIENTE AFÁSICO: ¿POR QUÉ? ¿CÓMO? Y ¿CUÁNDO?

La atención temprana fonoaudiológica incide directamente en el grado de recuperación que puede alcanzar un paciente afásico, el cual se encuentra en emergencia fonoaudiológica ¿Qué quiere decir esto? que el paciente debe ser atendido de inmediato, con el fin de actuar sobre la potencialidad lingüística de cada paciente en particular.

La reversibilidad de los síndromes neurolingüísticos se puede lograr más fácilmente siempre y cuando se actúe con urgencia, de ahí el porqué de la atención temprana.

El Dr. Zenoff (1995) explica que en toda lesión neurológica el paciente cursa por diferentes períodos: agudo, subagudo, de estado y de secuela. La atención temprana fonoaudiológica se enmarca en los dos primeros períodos y cada uno de ellos contempla diferentes objetivos.

Según lo expuesto por Azcoaga (1985) el primer período es el momento más crítico, son horas y días posteriores a la lesión cerebral, además se presenta una intensa inhibición sobre las funciones del lenguaje. Como señala el Dr. Zenoff (1995) dicho período es de tipo preventivo, la tarea del profesional fonoaudiólogo es prevenir daños lingüísticos mayores, se propone una mínima estimulación y se brindan indicaciones para evitar contactos verbales inadecuados. Las mismas serán brindadas al profesional tratante y a la familia, por ello esta intervención es de tipo indirecta (las indicaciones respecto a pautas de comunicación, serán desarrolladas en el capítulo V “intervención fonoaudiológica e interdisciplina”).

Esta fase, conforme a lo que plantea Geromini (1995), es de tipo preventivo y vincular, se intenta observar la evolución espontánea del paciente, analizando el cuadro lingüístico clínico y fisiopatológico, por ello es importante ver al paciente diariamente en distintos momentos del día con el fin de registrar los diferentes cambios ya sean positivos o no.

De manera análoga como señala González Martín (2020), se agregan algunos aspectos a los ya nombrados por Azcoaga, se considera que en la fase aguda o también llamada fase hospitalaria el paciente se encuentra hospitalizado. En esta fase se establece cuáles son las dificultades que posee el paciente, con el fin de instaurar el tratamiento individualizado con los objetivos a cumplir y el equipo de profesionales adecuado para cada caso.

Cuadrado (2009) afirma que en el período agudo existe una ventana terapéutica durante la cual las intervenciones terapéuticas pueden modificar el curso evolutivo del paciente y lograr una reactivación neuronal.

Tras establecer las necesidades, debe iniciarse la rehabilitación de la manera más temprana posible, ya que con ella se mejorará la evolución y la independencia del paciente.

El siguiente nivel que contempla la atención temprana fonoaudiológica considerando nuevamente a Azcoaga (1985), es el período subagudo, en el cual se presenta una gradual reaparición de las funciones del lenguaje, esto quiere decir que se van estabilizando los síntomas y delimitando los déficits; la inhibición comienza a desbloquearse por lo que el paciente se encuentra en mejores condiciones para el aprendizaje, lo que no quiere decir que sea una instancia óptima ya que en estos pacientes se encuentra presente la variabilidad del cuadro lingüístico, muchas veces asociada a la fatigabilidad.

En el período subagudo según Cuadrado (2009) existe una mejoría, presentándose una reorganización cerebral que puede ser modulada por técnicas de rehabilitación a través del fenómeno de plasticidad neuronal.

Esto le permite al profesional fonoaudiólogo, comenzar a intervenir directamente, es decir, no solo se seguirán brindando pautas y recomendaciones a la familia, sino que también, tal como plantea la cátedra de Alteraciones del Lenguaje en el Adulto (2022) en este momento se realiza la reconocida prueba, ad hoc (prueba de investigación dosificada), es una prueba breve en la que se evalúa el lenguaje espontáneo del paciente, la palabra repetida, designación de objetos y la comprensión del lenguaje a través de órdenes simples y complejas, con el fin de identificar signos y síntomas lingüísticos.

Asimismo se pueden realizar otras pruebas o baterías en este período, una de ellas según Azcoaga (1985), es la elaborada por la profesora Berta Derman en el año 1982, la misma consiste en cuatro tarjetas (A, B, C y D) en las cuales se evalúan distintos aspectos, como pueden ser el lenguaje y la escritura espontánea, el código matemático, el lenguaje repetido, escritura copiada, lectura comprensiva, entre otros. Las mismas serán presentadas gradualmente, evitando la fatigabilidad del paciente, dicha prueba también se realiza en un tiempo breve, y permite una rápida y primera identificación de síntomas y signos lingüísticos.

Según Quintana Vicente y Gensollen Durand (2012) otra prueba utilizada para evaluar las afasias en el período subagudo es la batería Bedside del Lenguaje creada por la Dra. Liliana Sabe, es un instrumento de cribaje (screening) creado para la detección de afasias tras una lesión cerebral, es de rápida y simple aplicación al pie de la cama. Evalúa cinco dominios lingüísticos: lenguaje espontáneo, comprensión, repetición, escritura y lectura. Es de fácil corrección, y ofrece una excelente especificidad para la detección de la afasia. Es sensible a los cambios que se producen en los primeros días tras la lesión cerebral, lo que permitirá tener un panorama más amplio respecto al cuadro.

Por lo tanto, el objetivo en este período deja de ser preventivo para comenzar a ser terapéutico y de esta forma se podrá arribar a un diagnóstico presuntivo.

En contraste con Azcoaga, González Martín (2020) plantea que la fase subaguda o post-hospitalaria/ambulatoria, es la que comienza cuando al paciente le dan el alta hospitalaria y acude a su domicilio. En esta fase la rehabilitación busca la mejora de las dificultades que se han comenzado a recuperar en la fase anterior.

Por lo tanto, basándonos en Cuadrado (2009) la exploración inicial al ingreso del paciente es de suma importancia, para poder establecer la primera presunción pronóstica, además el tratamiento se ha de iniciar de forma precoz en cuanto el trastorno neurológico se haya estabilizado.

Si bien el autor menciona, que es necesario contar con una descripción lo más amplia posible de la situación inicial en los primeros momentos de la enfermedad del paciente, también hace referencia que a lo largo de la evolución del mismo los profesionales se irán deteniendo en los aspectos funcionales concretos que requieran

de la atención según las posibilidades pronósticas y terapéuticas de cada uno de ellos.

A modo de reflexión se puede dar cuenta que la atención temprana fonoaudiológica hace hincapié en que tanto el paciente, como su entorno más próximo puedan comunicarse dentro de las limitaciones propias de los dos primeros períodos, así como también evitar daños lingüísticos mayores, tras haber sufrido una lesión de tipo neurológica. Por lo tanto se puede observar su relevancia e importancia en la rehabilitación del paciente afásico adulto, de modo que es primordial la asistencia del profesional fonoaudiólogo desde la primera instancia.

Vale subrayar que cada cuadro será diferente, por lo que además de intervenir tempranamente se debe considerar como ya se ha mencionado, todo el contexto que lo rodea, ya que éste también interviene y es parte de la rehabilitación, por esta razón cada atención se realiza de forma individualizada.

Según Ithurralde (2021) resulta fundamental durante la intervención temprana, la relación que se establece con la familia y posteriormente con el paciente, esto le permitirá al fonoaudiólogo ir recabando información sobre quién es esa persona, los gustos e intereses del mismo, su historia, sus deseos y sentimientos, para ello la escucha atenta es imprescindible, con el fin de un tratamiento fructífero.

Se mencionan brevemente los demás períodos, los cuales no forman parte de la atención temprana, pero se considera importante nombrarlos, el tercer período, según Azcoaga (1985) corresponde al período de estado, de rehabilitación propiamente dicha, por último, el período de secuela, con el objetivo de reinserción social y en lo posible laboral.

Para Arroyo (2009) El hecho de que en el imaginario asistencial y social persista, en ocasiones, la creencia de que la lesión cerebral es una condición inmutable, una avería irreparable, explica, en parte, que muchos pacientes no se hayan beneficiado con un tratamiento acertado, condenando al afásico a su propia suerte y trabando asimismo políticas de salud adecuadas (p. 60).

Para finalizar este capítulo, se puede decir que la atención temprana fonoaudiológica se explica por la necesidad de la interacción de la terapia del lenguaje

con la recuperación espontánea del mismo, y que ésta ocurre gracias al aporte que brinda la plasticidad cerebral, tema que será desarrollado en el siguiente capítulo, asimismo es relevante que se actúe lo antes posible sobre el control de la fisiopatología del lenguaje, evitando daños lingüísticos mayores.

Se justifica también por la necesidad de realizar el diagnóstico presuntivo y oportuno del lenguaje, que conlleve a lineamientos terapéuticos apropiados. Como ya se menciona se trata de informar convenientemente a la familia en las diferentes etapas por la que atraviesa la enfermedad.

Capítulo III

LA NEUROPLASTICIDAD

En el presente capítulo se aborda el concepto de neuroplasticidad y la relevancia que tiene ésta en la atención temprana fonoaudiológica de los pacientes afásicos adultos.

De acuerdo con la Dra. Guadamuz Delgado, el Dr. Miranda Saavedra y la Dra. Miranda (2022), señalan que la neuroplasticidad, también llamada plasticidad neuronal o plasticidad cerebral, es un proceso que realiza cambios estructurales y funcionales adaptados en nuestro cerebro después de sufrir una lesión cerebral traumática, es decir, el cerebro tiene la capacidad de reorganizar vías, nuevas conexiones y también crear nuevas neuronas.

A su vez, Garcés Vieira y Suárez Escudero (2014) plantean que hay evidencia en la que se demuestra que el encéfalo puede cambiar para adaptarse a diversas circunstancias, no solo durante la infancia y la adolescencia, sino que también durante la edad adulta e incluso en situaciones de lesión cerebral, lo que significa que el cerebro es flexible y modificable. Es por ello que la misma es un proceso de alta complejidad.

Según Thompson (2000) existen pruebas que indican que los individuos con afasia muestran una recuperación de la función del lenguaje a pesar del daño en las áreas del lenguaje del hemisferio izquierdo.

La evidencia de estudios clínicos de pacientes afásicos, imágenes neuronales y otros datos, sugieren que para la recuperación del lenguaje las áreas homólogas del hemisferio derecho tienen gran relevancia (también conocidas como compensación del hemisferio derecho o desplazamiento de lateralidad) así como también porciones no dañadas de la red del lenguaje en el lado del hemisferio izquierdo.

Esta vinculación de la plasticidad cerebral con la reparación y regeneración del sistema nervioso es un concepto que ha ido tomando fuerza en los últimos años y según lo expuesto por Zarareth Padilla Acevedo (2023), existen dos tipos de plasticidad:

La estructural, la cual se basa en que el cerebro es capaz de producir nuevas neuronas y por otro lado la plasticidad funcional, quien se encarga de los cambios en el funcionamiento fisiológico de las neuronas, es decir, que se da la reorganización funcional a través de mecanismos que le permiten a otras neuronas llevar a cabo las funciones perdidas.

La misma comprende a la equipotencialidad la cual significa que el área dañada será compensada con el lado opuesto del cerebro, logrando una transferencia de funciones cuando un área del cerebro está dañada, otro término importante que comprende es la vicariación que se define por la capacidad del cerebro de reorganizar otras partes de sí mismo, para asumir funciones que no están destinadas a cumplirse.

Por lo que indiscutiblemente, se considera, que la neuroplasticidad debe ser un factor a tener en cuenta en la praxis fonoaudiológica, más específicamente en el trastorno afásico; como bien se menciona en la revista CES Medicina, Garcés Vieira y Suárez Escudero (2014) en la edad adulta este proceso tiene gran relevancia y debe ser aprovechado desde instancias precoces, es decir, la plasticidad cerebral dependerá no solo de la naturaleza de la experiencia sino también del tipo de estímulos brindados. La misma, ayuda a comprender que el cerebro es capaz de adaptarse y cambiar estructural y funcionalmente después de una lesión.

Según Thompson (2000) hay factores que pueden influir en la recuperación espontánea del lenguaje en pacientes afásicos adultos, los neurofisiológicos, como pueden ser procesos que ocurren a nivel neuronal, la regeneración y el brote, cambios en la liberación de neurotransmisores, entre otros.

Otro conjunto de factores son los específicos del organismo, según el autor antes mencionado serán el sitio y la extensión de la lesión, la edad, la educación, el género, así como también la motivación y otros factores relacionados.

La persona que sufre una lesión de tipo neurológica como puede ser un accidente cerebro vascular, se encuentra transitando un momento de máxima labilidad de la actividad nerviosa superior, está desordenada, confusa, por lo que los estímulos presentados en esa instancia deben ser los adecuados y lo menos invasivos posibles.

Por ende, es fundamental que la intervención sea personalizada y adaptada a cada paciente, logrando maximizar el efecto de la plasticidad cerebral, como así también evitar la desmotivación y la falta de compromiso del paciente.

La neuroplasticidad es una variable que se debe tener en cuenta, ya que es un componente de gran relevancia, mientras más temprana y rápida sea atendida la problemática, se obtendrán mejores beneficios para el paciente; la misma es un requisito fundamental para maximizar la recuperación espontánea de lenguaje.

Capítulo IV

INFLUENCIA EN LA VIDA SOCIAL, LABORAL Y FAMILIAR.

Se considera que el lenguaje es una herramienta importante en la vida del sujeto, cuando el mismo se encuentra afectado, como en el trastorno afásico, comienzan a presentarse dificultades que no solo serán personales y propias del paciente; sino que también, aparecen inconvenientes en lo social, en lo laboral y no menos importante a nivel familiar.

Toledo Rodriguez y Tobar Fredes (2021) exponen que las diversas formas de expresar los pensamientos, las emociones y el intercambio de ideas son habilidades que se dan por hecho en las actividades diarias, en cambio, en las personas con afasia el día a día se ve comprometido.

Vale subrayar que tal como plantea Ithurralde (2016) la lesión neurológica puede extenderse y dar lugar a otros trastornos asociados, lo cual contribuye aún más a despertar sentimientos negativos y pesimistas en el sujeto.

Azcoaga (1985) refiere que al mismo tiempo, ésto genera cambios en la dinámica de su entorno más próximo, es por ello, que la actitud de cooperación y comprensión de los familiares, en el proceso de reeducación del lenguaje es un factor favorable. Por el contrario la indiferencia y la hostilidad de la familia, deteriora la personalidad del enfermo; por lo que es importante que el grupo familiar o los más allegados al paciente afásico, puedan comprender, entender y aceptar sus limitaciones para colaborar en el proceso de la rehabilitación.

El mismo autor hace énfasis en que debe crearse en el hogar un ambiente positivo, permitiéndole la comunicación activa sin criticar o corregir constantemente los errores, deben saber manejar las reacciones emocionales desencadenadas por el sentimiento de fracaso, en los momentos que el paciente afásico desee efectuar una tarea o comunicarse, deben mostrar tranquilidad, dado que un ambiente comprensivo, afectuoso y alegre, lo hará sentir seguro.

Según lo presentado por Santana Pérez (2022) las actividades sociales que antes realizaba el paciente sin ningún tipo de inconvenientes, ahora se convierten en un gran desafío, el tiempo del mismo dedicado a las actividades sociales decrece,

puesto que la disponibilidad se centra prioritariamente en su rehabilitación, así como también, las visitas y las invitaciones son menos frecuentes.

Esto llevará al paciente al aislamiento, no sólo por la dificultad de comunicarse sino por el miedo de ser rechazado, siente vergüenza, no se anima a hablar y evita el contacto social.

En cuanto a la vida laboral, Santana Pérez (2022) plantea que el desarrollo profesional del paciente se encuentra afectado, la mayoría de las personas que transitan este trastorno, no son reintegrados a sus puestos laborales previos, por lo que al mismo tiempo lo lleva a dudar de sus habilidades y potencialidades.

Es por ello que el tratamiento de las personas con afasia invita a buscar y pensar estrategias terapéuticas, que sean acorde a cada persona, con sus particularidades y teniendo en cuenta todo el contexto que lo rodea.

La interpretación realizada por González Martín (2020) en su trabajo de grado, plantea que aunque cada familia es diferente, si el trabajo realizado por el profesional fonoaudiólogo en la fase hospitalaria (período agudo/subagudo) ha sido correcto en cuanto a los objetivos planteados a las familias, la actitud de las mismas mejorará.

La misma autora plantea que, es preciso insistir en la familia, ya que son las personas más cercanas durante la rehabilitación, la misma deberá tener una actitud de compromiso con el cuadro clínico del paciente, ya que es uno de los apoyos principales para el mismo. Además, esta actitud que deberían tener con el adulto afásico, influirá en la actitud de éste y, por lo tanto, en el proceso de recuperación.

Es por ello que Ithurralde (2021) considera que la familia debe saber que su acompañamiento es vital para poder sostener el proceso terapéutico, considera de gran importancia que el paciente sea tomado como un interlocutor válido, que tenga con quién y quiénes comunicarse, más allá de poder expresarse o no con palabras, que esté acompañado de una familia que lo comprenda aún cuando haya silencios, que se interesen por él / ella y por su recuperación.

Algo similar ocurre con la relación que se establece entre el fonoaudiólogo y la familia según lo que plantea González Martín (2020) la cual es fundamental que sea

de respeto y comprensión. Tanto en la fase hospitalaria como en la ambulatoria, el profesional debe comprender la situación por la que está atravesando la familia, mostrándole su apoyo y su ayuda, debido a que se encuentran ante una situación nueva que no saben cómo abordar.

Además, empatía ante ellos, ya que suelen mostrarse insistentes ante la situación queriendo conocer todo lo que ocurre, buscando soluciones y noticias positivas, por ello, es importante promover su paciencia y adecuar sus respuestas a la situación.

Se contempla según Geromini (2005) que se imprimen modificaciones psicológicas, por lo que el fonoaudiólogo no solo será su terapeuta sino que también su acompañante de duelo en sus distintas etapas, y más allá de su quehacer fonoaudiológico brindara apoyo y contención, trabajando en una tarea interdisciplinaria con el psicólogo y el psiquiatra del equipo.

Dando fin a este capítulo, se puede dar cuenta que la problemática del paciente afásico es múltiple y compleja, que su actividad diaria se verá afectada por la nueva situación que lo atraviesa y, es por ello, que enfrentar la vida familiar, laboral y social es una travesía; la colaboración familiar y del propio paciente se verá plasmada en el pronóstico del mismo.

Se considera que más allá de la praxis clínica necesaria para abordar al paciente, se debe desplegar el lado empático, ya que en el rostro tanto de éste, como en el de sus allegados se puede ver un sinfín de emociones y sentimientos, caras de tristeza, impotencia, ansiedad, desconocimiento, reproche, y fastidio.

Este trastorno rompe con el equilibrio o estabilidad que la persona llevaba previamente instalada la lesión, es por ello que se debe ser muy cuidadoso, teniendo en cuenta la globalidad e integralidad del caso, identificando todas las variables y factores intervinientes desde el primer momento.

Capítulo V

INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA E INTERDISCIPLINA

En este último capítulo se aborda y se comenta sobre el rol del fonoaudiólogo con pacientes afásicos adultos en la atención temprana y la importancia de trabajar en interdisciplina.

Donoso y Victoriano (2012) plantean que el tratamiento fonoaudiológico es fundamental en las afasias. Éste tiene dos objetivos principales: que el paciente logre satisfacer las necesidades comunicativas diarias y cotidianas en diferentes contextos, y que logre una adaptación psicosocial en relación a su alteración comunicativa.

En cuanto al rol fonoaudiológico, Ithurralde (2021) refiere que: “La tarea del/la fonoaudiólogo/a será entender qué significa para ese/a paciente la enfermedad que lo/a aqueja. Cuán invalidante resulta para él/ella pero también cuánto lo/a incentiva a probar diferentes estrategias para comunicarse” (p.204).

Parece oportuno tomar a Maraboli Echavarrí y Railén Fernández (2020) quienes consideran que la intervención fonoaudiológica se dirige y enfoca en la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y estudio de los trastornos de la comunicación humana.

En éste caso la intervención fonoaudiológica en atención temprana será dirigida a la prevención de daños lingüísticos mayores.

Ahora bien, Ithurralde (2016), como se menciona anteriormente, plantea que, la atención temprana fonoaudiológica queda comprendida en los dos primeros períodos. La intervención irá variando de modalidad dependiendo de cada uno de ellos.

En dichas etapas resulta fundamental el respeto por los tiempos del paciente y el manejo idóneo en estos primeros momentos; la labor preventiva y terapéutica del fonoaudiólogo debe acompañar la recuperación espontánea. Esto implica no sólo trabajar con el paciente, sino con su realidad más cercana: la familia y el grupo de profesionales que lo asiste. De esta manera se lo aborda integralmente actuando desde la especificidad de la disciplina.

Ithurralde (2016) también expone que el paciente afásico debe ser atendido en el marco de un equipo; esto implica que no debe recibir “terapias paralelas”, sino un tratamiento integral e integrado, lo cual genera el diálogo permanente con los demás profesionales.

Cuando se habla de “tratamiento integral” implica la presencia de un equipo interdisciplinario. En este sentido, González Martín (2020) manifiesta que, en el equipo se toman decisiones en conjunto, articulando los conocimientos de cada dominio y llevando a cabo su trabajo con integración y cohesión.

Almeida y Pichioni (2021) plantean que el equipo interdisciplinario permite un consenso en relación al diagnóstico del paciente, y pone a la vista los acuerdos y desacuerdos principales entre los miembros que lo conforman. Las autoras consideran el concepto planteado por Azcoaga con relación a la necesidad de afirmar que los integrantes del equipo deben generar intercambios recíprocos, fundamentando sus ideales.

Dichas autoras plantean que, los miembros que conforman el equipo interdisciplinario, encargado del abordaje de los pacientes con el diagnóstico de un trastorno neurológico, son principalmente el médico/a neurólogo/a, médico/a neurocirujano/a, fonoaudiólogo/a, psicólogo/a, kinesiólogos, entre otros.

Dentro del equipo interdisciplinario como se menciona, se encuentra el profesional psicólogo ya que como plantea Geromini (2005) una de las mayores dificultades que presenta el paciente afásico son las vinculadas al área afectivo emocional, a su personalidad previa y a su reacción ante la enfermedad. Se observa una exagerada susceptibilidad, irritabilidad, fatiga, dificultades en conciliar el sueño, intranquilidad, angustias, miedo a no curarse, a morir, negatividad y muchos otros sentimientos. De ahí su importancia dentro del proceso de recuperación del paciente.

En cuanto al profesional fonoaudiólogo su intervención implica, según Ithurralde (2016) por una parte, la evaluación para arribar a un diagnóstico presuntivo, la cual se lleva a cabo como se menciona anteriormente a través de la denominada prueba ad-hoc y por otra parte, la puesta en circulación de conocimientos relativos al trastorno del lenguaje, tanto con los demás profesionales involucrados como también, y sobre todo, con la familia del enfermo.

Si bien al profesional fonoaudiólogo le compete el área de comunicación, vale subrayar que como se menciona en otras oportunidades, las lesiones de tipo neurológicas traen aparejado otros déficits o complicaciones que deben ser tratadas por otros profesionales de la salud, allí se articula la interdisciplina.

Además, es imprescindible la especialización tanto del fonoaudiólogo como del equipo en afasiología y en neuropsicología, ya que tal como plantea Geromini (2005) la falta de formación conduce a indicaciones y maniobras terapéuticas erradas como pueden ser la ausencia de derivación a la terapia lingüística, la derivación tardía, el tipo, la frecuencia y el tiempo del tratamiento. Asimismo la autora expone que es necesario actuar con profesionalismo, teniendo la formación necesaria y deseo de ayudar al enfermo, realizándose con una minuciosidad extrema y esmerada, así también la comunicación es más rápida, amable y enriquecedora.

Geronimi (2005) plantea que a mayor saber técnico, mayor es la seguridad ante el paciente, así como también mayor es la contención que siente el mismo ante un terapeuta que sabe qué, cuándo y porqué hace lo que hace, que brinda las indicaciones precisas, que muestra optimismo, sabiendo que la recuperación es larga y que requiere de un gran esfuerzo por parte del paciente.

Tal es así que la autora refiere que ejercer como terapeutas del lenguaje no solo demanda de la especialización, sino también el poder posicionarse frente al paciente y a su familia, al mismo tiempo también menciona algunos motivos del fracaso en la rehabilitación del paciente afásico; la falta de recursos económicos, la falta de trabajo en equipo, derivaciones tardías y falta de asistencia psicológica al paciente.

Según González Martín (2020) la relación que presenta el fonoaudiólogo y el paciente se basa en el respeto y la comprensión. El profesional debe mostrarse comprensivo y respetuoso ante la problemática del paciente, debe ajustarse a las posibilidades que presenta el mismo en cada fase, ya que, en el primer período, por la actitud del paciente y la situación que está atravesando, puede mostrarse poco interesado y desmotivado.

Al mismo tiempo, éste es quien lo orienta no solo en los períodos que abarca la atención temprana fonoaudiológica, sino también en el tratamiento propiamente

dicho, explicándole en todo momento lo que le sucedió y cómo puede recuperarse, además de ayudarlo y apoyarlo.

El fonoaudiólogo debe lograr que la relación entre ambos sea de confianza, ya que gracias a ésta es más fácil que el paciente se deje ayudar por el profesional. Sin embargo, esta confianza depende de la fase, ya que en la ambulatoria el tiempo de intervención es mucho mayor que en la hospitalaria, aumentando así la confianza y haciendo que ambos se sientan más cómodos.

A pesar de esto, ambos deben comprender que su relación se basa en el vínculo paciente-fonoaudiólogo, y no tiene que pasar de ese límite, ajustándose a la máxima profesionalidad.

En cuanto al trabajo con los familiares del paciente, Ithurralde (2016) plantea que el fonoaudiólogo tiene como finalidad informar acerca de la situación que está transitando el paciente, además busca concientizar sobre la importancia de la continuidad del tratamiento fonoaudiológico, teniendo en cuenta la relación existente entre comienzo precoz y éxito en la recuperación.

Un aspecto a destacar es que durante la atención temprana fonoaudiológica se brindan “pautas de comunicación” a modo de guía.

Sobre esta base, se indican aquellas consideradas de mayor importancia de acuerdo al cuadro lingüístico, y al período en el que se encuentra el paciente, las cuales pueden brindarse en forma oral y escrita, en un lenguaje accesible a los familiares.

Con respecto a las pautas de comunicación antes nombradas Lopez Higes y Estibaliz Terradillos (2016), mencionan las siguientes:

- Utilizar la postura corporal, los gestos y la mirada, motivar a que el paciente también utilice otras formas de comunicarse.
- Usar expresiones que demuestran una escucha activa: “Ya, aja, si”.
- Utilizar frases cortas para mejorar la comprensión.
- Señalar los objetos, las palabras o imágenes acompañando el discurso.

- Hablar con un ritmo más lento, vocalizando con claridad.
- Evitar conversaciones cruzadas entre varias personas e intentar no saltar de un tema a otro de la conversación.
- Utilizar preguntas directas con el fin de verificar si comprendió lo que se le dijo.
- Brindar tiempo suficiente al momento de hablar.
- Evitar la tentación de hablar en lugar del paciente o de terminar sus frases.
- Mostrarse positivo frente al paciente.
- No elevar demasiado la voz ni hablarle a la persona con tono infantil.

Desde el equipo docente de la cátedra de Alteraciones del Lenguaje en el Adulto, UNR (2022), se plantean, en base a materiales diseñados por Donoso, diversas pautas dependiendo del periodo en el que se encuentra el paciente.

Pautas del periodo agudo:

- Mirar de frente al paciente cuando hable con él, lo cual favorece la comunicación no verbal.
- Darle una señal de alerta cuando se va a iniciar la comunicación (por ejemplo, decir su nombre o saludarlo/a)
- Hablarle de un modo lento, bien articulado, sin exagerar, con intensidad normal de la voz.
- Acompañar las frases de gestos, referencia a objetos o dibujos que refuercen el mensaje.
- Animar al paciente a que se exprese a través de distintas modalidades (por ejemplo gestos, señas o dibujos).
- Manifestar una actitud positiva de atención ante el paciente porque entiende los gestos y la mímica facial.
- Mostrarse relajado, a pesar de las dificultades en la comunicación y motivar a que el paciente también lo haga.

Pautas del periodo subagudo:

- Multiplicar las modalidades sensoriales cuando se quieran comunicar (también se lo instruye al paciente “No intente hablar todo el tiempo, señale, haga el gesto”)
- No hablar con varias personas a la vez.
- Hablar lentamente sobre temas concretos, objetos y personas del ambiente inmediato.
- No cambiar bruscamente el tema de conversación.
- Utilizar frases cortas y completas; el uso de frases largas o incompletas puede dificultar su comprensión.
- Comprobar la comprensión antes de continuar, por ejemplo, hágale preguntas para que responda sí o no.

Se enfatiza en todo momento, según Ithurralde (2016), 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.

En esta primera instancia, en este primer contacto con el paciente, Ithurralde (2016) apunta a que la idoneidad como terapeutas ayudará a dar seguridad al paciente y que si bien, el fonoaudiólogo debe mostrarse positivo respecto de su recuperación, esto no implica crear falsas esperanzas ni ser excesivamente optimista.

Según la autora, el paciente debe entender que buena parte de su recuperación depende de sí mismo; debe sentir que se va con algo de ese primer contacto con el fonoaudiólogo, con el compromiso de asistir posteriormente a las sesiones y de seguir las indicaciones que el terapeuta dio en ese primer encuentro.

Donoso, y González (2012) refieren que la actitud del paciente puede estar influida por la edad, el tipo de afasia, el deterioro intelectual asociado, y otros factores. Generalmente los pacientes de mayor edad tienen menor plasticidad cerebral para la recuperación del déficit, lo que significa que su recuperación será menos exitosa, pero tanto ellos, como sus familias aceptan más fácilmente las secuelas. En cambio, en los jóvenes, la plasticidad y la capacidad de recuperación es mayor, pero tanto el paciente

como su familia tienen una menor tolerancia a las secuelas y les resulta más difícil recobrar el equilibrio emocional después de la lesión cerebral.

La intervención del paciente afásico adulto es ardua, compleja e integral por lo que indudablemente se necesita de un equipo de profesionales que lo acompañen y guíen en el proceso, se debe tener amplia capacidad de trabajar en equipo y sin dudas con los familiares del paciente.

El fonoaudiólogo debe ser un profesional capaz de ser flexible, mostrándose como una persona franca tanto con el paciente como con la familia, otorgándoles explicaciones reales. Para ello es primordial que dicho profesional tenga la capacidad de escuchar y comprender las situaciones que el paciente presente.

Conclusiones

Como profesionales de la salud y la comunicación, se afirma que el lenguaje es una herramienta imprescindible del ser humano que le permite interactuar con su entorno, por esta razón, es fundamental que ante un trastorno de tipo neurológico, el fonoaudiólogo intervenga de inmediato.

Dicho motivo, permite concluir que es pertinente tener en cuenta la instancia de atención temprana fonoaudiológica del paciente afásico adulto, ya que, a través de la misma se podrán prevenir futuros daños lingüísticos.

Para ello es vital poseer los conocimientos necesarios, así como también la formación y actualización respecto a la afasiología.

Un aspecto clave a considerar, es la clara evidencia del aprovechamiento de la neuroplasticidad cerebral en este tipo de lesiones, y lo que representa en estos dos períodos (agudo y subagudo) pertenecientes a la atención temprana fonoaudiológica. El cerebro como se ha analizado, tiene la posibilidad de reorganizar sus funciones y realizar nuevas conexiones para compensar lo perdido, por lo que se deberá valer de este principio elemental.

Ya que tal como menciona Cuadrado (2009) en los períodos implicados en la atención temprana existe una ventana terapéutica, en donde a través de las intervenciones se logran realizar modificaciones, una reactivación neuronal y reorganización cerebral.

El papel del terapeuta ocupa su lugar en este momento, iniciando un largo proceso de valoración, encaminado a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente.

Es por ello, la mención insistente y concientizadora de la presencia del profesional fonoaudiólogo en esta primera gran instancia, el mismo deberá estar acompañado e integrado a un equipo interdisciplinario dada la complejidad de la patología abordando al paciente de manera integral y aportando las diferentes perspectivas respecto a la problemática, se deben tener como equipo objetivos claros y concisos.

Si bien cada uno de ellos desempeñará el rol que le es inherente a su disciplina, deberán mantener continua comunicación respecto al paciente, sus avances y retrocesos.

Las pautas correspondientes que les brindará el fonoaudiólogo a los demás profesionales de la salud, tanto en el período agudo como subagudo, así como también las brindadas al paciente y a sus allegados serán de gran utilidad para la posterior rehabilitación del lenguaje.

Al mismo tiempo la realización de las pruebas correspondientes durante tales períodos le permite al profesional fonoaudiólogo arribar a un diagnóstico presuntivo el cual tendrá gran relevancia en la praxis clínica.

La atención brindada durante los períodos que le compete a esta primera instancia de emergencia fonoaudiológica se debe llevar a cabo con respeto, ética y empatía, siempre teniendo en cuenta al entorno del paciente, a su familia y a los demás profesionales que trabajarán a la par del fonoaudiólogo.

Se afirma que, como agentes de la salud se debe promover, informar y demostrar la necesidad urgente de su atención como una forma de atenuar los posteriores daños lingüísticos y al mismo tiempo las problemáticas familiares, laborales y personales, siempre demostrando optimismo y motivación.

Por lo tanto, Iturralde (2021) plantea que el fonoaudiólogo es un profesional que tiene un dominio disciplinar específico y pertinente para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las alteraciones del lenguaje. Tanto el paciente como el profesional emprenden una tarea que va más allá del restablecimiento de las funciones afectadas, el trabajo depende de ambos, requiere de mucho compromiso y además del establecimiento de un vínculo muy fuerte.

Como profesionales de la comunicación, se apuesta a la misma, a que el paciente no pierda el vínculo que tenía con sus seres queridos y sobre todo se intenta evitar su desconexión al sentirse incomprendido.

Tomando a Geromini (2005), se considera interesante tener en cuenta los diversos factores que hacen al fracaso de la rehabilitación de paciente, para evitar el

mismo es de suma importancia que los profesionales se especialicen en afasiología, que las derivaciones sean a tiempo, que se tengan en cuenta los recursos económicos del paciente y que se trabaje de forma interdisciplinaria.

Se destaca la importancia de pensar sobre cómo prevenir, identificar y abordar los diversos trastornos neurolingüísticos, interviniendo de manera ética, profesional y responsable.

Para finalizar, se prioriza la idea de que es fundamental la atención temprana fonoaudiológica y cómo es desempeñada por el profesional fonoaudiólogo junto con el equipo, ya que a partir de la misma se evitarán diversas aristas que traspasan al paciente, desde lo meramente lingüístico, como así también todo lo que trae aparejado la afasia.

La intervención fonoaudiológica será primordial y relevante, por ello se debe promover la presencia del fonoaudiólogo tanto en el área de internación como en sala, brindando las herramientas necesarias para sobrellevar un abordaje exitoso, efectivo y humano del trastorno del paciente afásico adulto y el acompañamiento interdisciplinario de todos sus entornos.

Referencias bibliográficas

- Almeida, A., y Pichioni, V. (2021). Estudio descriptivo acerca del perfil del paciente con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV) con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología internado en el Hospital San Martín de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, durante el período julio-diciembre 2019 (tesis de grado). Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
- Angiono, V. A., Fernández Reuter, M. C., Mercado, L. B., (2019) Manual de los trastornos de la comunicación, el lenguaje y el habla: una mirada interdisciplinaria en niños y adultos. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Arroyo, A. et al (2009) El porqué de la atención temprana en el paciente afásico adulto. *Rev Fonoaudiología*. 55 (2) Pp 58-63.
- Azcoaga, J.E (1985). *Neurolingüística y fisiopatología (afasiología)*. Florida, Buenos Aires: El ateneo.
- Cátedra Alteraciones del Lenguaje Adulto, (2023). Atención Temprana. Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias Médicas UNR. (Presentación multimedia).
- Cuadrado, Á. A. (2009) Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica*, 70(3), 25-40.
- Delgado, J. G., Saavedra, M. M., & Miranda, N. M. (2022, 6 de Junio). Actualización sobre la neuroplasticidad cerebral. *Revista Médica Sinergia*, 7 (6).doi.org/10.31434/rms.v7i6.829
- Donoso, A., & González Victoriano, R. (2012). Trastornos del Lenguaje en el Adulto. *Revista Chilena De Fonoaudiología*, 11, Pág. 7–21. doi: 10.5354/rcdf.v11i0.24523.
- Garcés-Vieira, M.V y Suárez-Escudero, J.C. (2014, 2 de Abril) Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *Revista CES MEDICINA*, 28 (1), 119 - 132. Recuperado de <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/2748>

- Geronimi, G. (1995). La recuperación del paciente afásico: ¿Utopía o realidad? Revista de la Fundación Villavicencio. ADINA. Rosario.
- Geromini, G. (2005) Reversibilidad del trastorno lingüístico. I Congreso Internacional de Fonoaudiología. ADINA. Rosario.
- Geromini, G (2005) Limitaciones de mayor jerarquía en la rehabilitación del paciente afásico. Anuario Fundación Villavicencio. ADINA. Rosario.
- González Martín, A (2020). *Comparación logopédica en afasia tras ACV: fase hospitalaria y fase ambulatoria* (tesis de grado). Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina, España.
- Guerrero G. Y, Buitrago N. C y Estupiñán M. C (2013). Las afasias desde una mirada lingüístico - cognitiva. Bogotá: ecoe ediciones.
- Ithurralde, C. (2021). Las alteraciones del lenguaje en el adulto: cuestionamientos en el devenir del proceso terapéutico. *Fonoaudiología, intervenciones y prácticas posibles* (pp. 203 - 209). Rosario, Santa Fe, Argentina: Fervil Impresos.
- Ithurralde, C. (2016). Responsabilidad social universitaria: intervención fonoaudiológica con pacientes afásicos adultos.
- Maraboli Echavarrí, A. A., y Railén Fernández, M. A. (2020). *Revisión sistemática: efectividad de las terapias grupales en adultos con afasia en la mejora de su calidad de vida en el ámbito social y emocional* (Pre grado). Universidad Andrés Bello Facultad de Ciencias de la Rehabilitación ESC de Fonoaudiología, Chile.
- Padilla Acevedo, C. Z (2023) *Rol, fundamentos y desafíos del papel de la neuroplasticidad cerebral en la rehabilitación motora, luego de enfermedad cerebro vascular, en mayores de 18 años* (tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Ecuador.
- Quintana Vicente, P. C. y Gensollen Durand, J.E. (2012). Adaptación de la batería de Bedside de lenguaje para la evaluación de la afasia. (Trabajo de grado). Pontificia Universidad Católica de Perú, Lima.

- Santana Pérez, M.T. (2022). *La inclusión de personas mayores con afasia*. (Trabajo Fin de Grado Inédito). Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Terradillos, E., y Lopez, H. R. (2016). *Guía de intervención logopédica en las afasias*. Madrid, España: Síntesis, S.A.
- Thompson, C. K. (2000). Neuroplasticity: Evidence from aphasia. *Journal of communication disorders*. *Journal of Communication Disorders*, 33(4). Doi: 10.1016/s0021-9924(00)00031-9.
- Toledo, Rodriguez, L. D. Tobar Fredes, L. R. (2021). Manejo fonoaudiológico de la persona con afasia. Universidad de Chile.
- Zenoff, A. (1995). Atención temprana de los Síndromes Neurolingüísticos. Ciclos de Conferencias de ADINA. Rosario.