

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA



**“ROL DEL FONOAUDIÓLOGO/A EN LOS PERÍODOS QUE CURSA EL
PACIENTE ADULTO CON TRASTORNO NEUROLINGÜÍSTICO”**

ROSARIO, ARGENTINA

2024

Alumna: Albrecht, Clara Araceli

Con la supervisión de:

Lic. en Fgía. Saracco, María Fernanda

Tesina presentada por:

Albrecht, Clara Araceli

Con la supervisión de:

Lic. en Fgía. Saracco, Maria Fernanda

Aprobada por:

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

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

Legajo: A-1690/1

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a:

Mis papás por darme esta oportunidad y por el apoyo incondicional. Mamá por enseñarme sobre la responsabilidad y la disciplina. Papá de vos aprendí la perseverancia y la persistencia.

Mis dos grandes compañeras de vida, mis hermanas y mejores amigas. Luci por todo lo que hiciste en la primera parte de este camino y Marti por acompañarme y bancarme en la recta final.

Germán por escucharme y entenderme como nadie. Conocerte hizo que todo sea más fácil y emocionante. Transitar esto juntos me llena de felicidad.

Mis abuelos por cada mensaje antes y después de rendir, que siempre junto con mis tíos y primos me esperan con los brazos abiertos cuando vuelvo a casa.

Mis amigas de Rafaela, amigas de toda mi vida, por estar siempre presentes y motivarme a pesar de los tiempos y la distancia.

Mis "facuamigas" por la compañía en el cursado y estudio. Mi deseo es el logro de todas en este sueño compartido.

Fernanda Saracco por ser una gran profesora y tutora, por su ayuda y predisposición en todo momento.

ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Problematización.....	8
Objetivos.....	9
Desarrollo	
Capítulo I: AFASIA.....	10
Capítulo II: ATENCIÓN TEMPRANA.....	18
Capítulo III: PERÍODO DE ESTADO:	
1era parte.....	22
2da parte.....	31
Capítulo IV: PERÍODO DE SECUELA, IMPACTO DEL TRASTORNO AFÁSICO E INTERDISCIPLINA.....	37
Conclusiones.....	42
Referencias Bibliográficas.....	46

RESUMEN

En el siguiente ensayo se argumenta y reflexiona acerca del rol del o de la fonoaudiólogo/a en los períodos que cursa el/la paciente adulto/a con un trastorno neurolingüístico y su relevancia en cada uno de ellos.

La fonoaudiología toma como objeto de estudio a la comunicación humana, sus trastornos y alteraciones. El interés en el tema se basa en que esto se puede constatar en aquel/lla paciente que ha sufrido una lesión neurológica y como consecuencia presenta un trastorno del lenguaje.

El abordaje fonoaudiológico es fundamental, involucra al o a la profesional desde un primer momento hasta el alta del o de la paciente.

Se tienen en cuenta aportes de varios/as autores/as. Al comienzo se desarrolla y conceptualiza la afasia mencionando sus posibles etiologías con el fin de orientar al/a la lector/a en la temática.

Luego, se describen los dos primeros períodos evolutivos por los que cursa el/la paciente, resaltando la importancia de la atención temprana fonoaudiológica y sus beneficios.

Continuando, se desarrolla el período de Estado profundizando en la praxis clínica en cuanto a la evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Posteriormente, se caracteriza el período de Secuela considerando la afección social, emocional y laboral del o de la paciente ante dicha problemática. Por ende, se reflexiona respecto al abordaje interdisciplinario entre los/las diferentes profesionales implicados/as.

Es de gran importancia analizar esta temática ya que busca promover conocimientos sobre el accionar fonoaudiológico como parte de un área de interés de la disciplina.

Palabras claves: adulto/a afásico/a; lesión neurológica; trastorno del lenguaje; períodos evolutivos; praxis fonoaudiológica.

INTRODUCCIÓN

El siguiente ensayo pretende brindar información a estudiantes, licenciados/as en Fonoaudiología y otros/as profesionales de la salud que no tengan suficientes conocimientos sobre el abordaje fonoaudiológico en pacientes adultos/as con trastornos neurolingüísticos.

Para comenzar con el ensayo, es necesario definir la afasia:

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 semántica, y de la transcodificación semántico – fonológica. (Azcoaga, 1985:179).

La afasia es un trastorno del lenguaje adquirido como consecuencia de un daño cerebral, comprometiendo la expresión y comprensión del lenguaje oral, escritura y comprensión de lectura (González y Hornauer-Hughes, 2014).

Es justamente por la afección del lenguaje que el/la fonoaudiólogo/a debe intervenir. Se debe realizar la evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de manera compleja y completa. Se abordan todos los aspectos relacionados con el lenguaje, las demás funciones cerebrales superiores y el código lectoescrito incluyendo nociones matemáticas.

Como consecuencia del trastorno, hay dificultades en la comunicación, objeto de estudio de la Fonoaudiología. El/la profesional implicado/a debe intervenir para rehabilitar el lenguaje buscando aumentar las posibilidades comunicativas del o de la paciente desde un primer momento.

Se pretende reflexionar sobre la importancia no solo de la atención temprana fonoaudiológica sino también de los períodos siguientes a la misma, siempre

atendiendo al mismo objetivo, prevenir daños lingüísticos mayores y favorecer la comunicación.

La alteración en el lenguaje repercute en la vida del o de la paciente, ocasionando múltiples dificultades a la hora de comunicarse. Causa un gran impacto a nivel social, laboral, emocional, tanto en su vida como la de su familia. Por ende, es importante tener en cuenta el abordaje interdisciplinario entre los/as distintos/as profesionales para asistirlo de manera global e integral.

En el campo disciplinar de quienes forman parte del equipo de salud, como es la fonoaudiología, se deben tener en cuenta los desafíos vinculados a las demandas actuales de la sociedad, siendo la afasia una patología frecuente por consecuencia de los trastornos neurolingüísticos. Por lo tanto, se debe abordar dicha problemática con ética y profesionalismo considerando la afección de la misma en todos los aspectos de la vida del o de la paciente.

PROBLEMATIZACIÓN

La problemática planteada refiere al rol del o de la fonoaudiólogo/a en los períodos por los que cursa el/a paciente adulto/a que ha sufrido una lesión neurológica y por lo tanto tiene un compromiso en el lenguaje. Es importante reflexionar sobre la relevancia de la praxis clínica que incluye desde la detección de la patología hasta la finalización del tratamiento.

Se plantea el impacto que genera dicha situación en todos los ámbitos del o de la paciente, incluyendo lo social, familiar, emocional, laboral y económico.

Como agentes de salud, es necesario reflexionar acerca de la implicancia y responsabilidad en esta temática, atendiendo a la necesidad de la interdisciplina con el fin de abordar al sujeto de manera integral.

Como miembros de equipos de salud, es imprescindible considerar los nuevos desafíos relacionados con las demandas actuales de la sociedad, debiendo integrar grupos interdisciplinarios y desarrollar acciones en el contexto de la Atención Primaria de la Salud. Es indispensable el rol como agentes sanitarios para defender el derecho a la salud y apostar a una sociedad más justa y equitativa.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Desarrollar el rol que tiene el/la fonoaudiólogo/a en cada uno de los períodos por los que cursa un/a paciente adulto/a con trastorno neurolingüístico.

Objetivos específicos:

- Describir la afasia y sus posibles etiologías.
- Determinar los períodos por los que cursa un/a paciente adulto/a afásico/a.
- Desarrollar el accionar fonoaudiológico en relación a la evaluación, diagnóstico y abordaje terapéutico.
- Dar a conocer la importancia de la atención temprana fonoaudiológica.
- Reflexionar sobre el impacto que genera el trastorno afásico en la vida del o de la paciente considerando la necesidad de abordar de manera interdisciplinaria.

DESARROLLO

CAPÍTULO I: AFASIA

Para dar inicio al siguiente ensayo, es necesario considerar algunas de las múltiples definiciones acerca de la afasia realizando un breve recorrido por diferentes autores/as que fundamentados en diversas metodologías han aportado conocimientos acordes al momento histórico en que se proyectan.

A partir del nacimiento de la Neuropsicología en el siglo XV-XIX se conceptualiza la afasia a través del método anatómico-clínico y fisiológico-fisiopatológico. En cuanto al primero, establece una correlación entre la lesión cerebral y los síntomas correspondientes. Uno de los aportes fue el de Paul Broca en 1861 quien atribuye que la tercera circunvolución frontal tiene un papel determinante en la expresión del lenguaje. Por su parte, Carl Wernicke en 1874 pone en evidencia la relación existente entre la primera circunvolución temporal y la comprensión del lenguaje.

Ambos autores consideran que la afección de un área cerebral particular causa alteraciones del lenguaje determinadas, dando origen al método localizacionista.

Desde el método fisiológico y fisiopatológico, se considera la insuficiencia de la correlación entre la lesión y el síntoma. Es decir, tal como plantea Jackson, identificar la lesión no es identificar la función. El autor busca definir las relaciones funcionales dentro de un sistema complejo. Además, introduce la atribución del sistema nervioso en el trastorno del lenguaje, planteando la organización evolutiva del mismo en tres niveles: superior, medio e inferior.

Las afasias involucran un trastorno neurológico que conlleva a la pérdida total o parcial del lenguaje. Como se mencionó anteriormente, hay diferentes autores/as que hicieron sus aportes en dicha temática, entre ellos se destaca Azcoaga (1983) quien plantea que la afasia es un trastorno del lenguaje con síntomas elocutivos y comprensivos.

Conforme a ello, Vendrell (2001) señala que la afasia consiste en un trastorno del lenguaje ocasionado por una lesión cerebral en una persona que

previamente podía hablar con normalidad. Es decir, el/la paciente adulto/a afásico/a aprendió a hablar, incorporó y adquirió el lenguaje, pero una lesión causa su alteración o pérdida.

Previamente a continuar con el desarrollo de la afasia, es importante definir el lenguaje para poder comprender la fisiopatología del mismo y las consecuencias de su alteración. Es así que “el lenguaje es un complejo y dinámico sistema convencional de signos que le sirve al ser humano comunicarse y pensar” (González y Hornauer-Hughes, 2014: 291).

El lenguaje es un medio de comunicación esencial en la vida de todos/as los/as individuos/as. Permite el vínculo con otras personas, posibilitando intercambios de pensamientos, ideas y experiencias. La ausencia o alteración del mismo causa múltiples dificultades en la vida diaria del o de la que lo padece.

Desde la metodología fisiológica y fisiopatológica de Azcoaga, se considera al lenguaje junto con las gnosias (capacidad de reconocimiento sensorial) y las praxias (secuencias de movimientos aprendidos coordinados para un fin) como una función cerebral superior. Son específicas del hombre y se adquieren mediante un proceso de aprendizaje sustentado por la actividad cortical cerebral y los códigos lectoescrito y matemático organizados a través de ellas. El lenguaje es el resultado de un complejo proceso de aprendizaje fisiológico en el que participan la maduración biológica y la interacción del individuo con el medio.

La fisiología del lenguaje es un proceso dinámico de la actividad de análisis y síntesis que se lleva a cabo en los analizadores del lenguaje encargados de procesar la información lingüística. Uno de los analizadores, el Cinestésico Motor Verbal se relaciona con la elocución y conforma el código fonológico sintáctico, en cambio, el Analizador Verbal se relaciona con la comprensión y conforma el código semántico. Cuando ocurre una lesión o disfunción en alguno o en ambos se produce un desequilibrio entre la excitación (síntesis) y la inhibición (bloqueo).

Un código es el conjunto de elementos que tienen la misma estructura material y que se integran en un sistema que permite la transmisión de mensajes. El código fonológico sintáctico es cerrado y externo. En cambio, el código semántico es abierto ya que se relaciona con la posibilidad de incorporar nuevos significados

y es interno. Si bien ambos forman parte del lenguaje, el primero tiene un papel rector y subordina al segundo.

Desde el punto de vista neurológico, se considera al lenguaje como el resultado de la actividad neuronal responsable de la integración y emisión de mensajes lingüísticos. La desorganización de dicha actividad por una lesión cerebral constituye el síndrome afásico (Vendrell, 2001).

Retomando la definición de afasia, Martinell (2013) la delimita como una alteración del lenguaje por una lesión cerebral adquirida, generalmente en el hemisferio izquierdo. Causa no solo dificultades en la expresión y la comprensión del lenguaje sino también en la lectoescritura.

Si bien las definiciones varían dependiendo de cada autor/a y teoría, todas coinciden en dos puntos. Por un lado, en la existencia de una lesión cerebral para causar la afasia y, por otro lado, el compromiso consecuente del lenguaje. Otra variación en la temática está relacionada con la clasificación de las afasias. Hay diferentes maneras de dividir las según cada postura porque han sido estudiadas e investigadas por múltiples autores/as y desde diversas perspectivas.

Recientemente, Ardila (2019) establece su clasificación distinguiendo entre afasias primarias, las cuales incluyen a la afasia de Wernicke y de Broca, y las afasias secundarias que engloban a la de Conducción y a la del Área motora suplementaria. Además, señala la existencia de afasia Disejcutiva para referirse a aquella con ausencia del lenguaje espontáneo.

Por su parte, Weisenburg y McBride dividen a las afasias expresivas de las receptivas. En cambio, Wernicke distingue los trastornos afásicos en tipo motor y tipo sensorial y Benson las clasifica en fluentes y no fluentes. Desde una perspectiva neurolingüística, Luria describe seis tipos: sensorial, motriz kinestésica, motriz kinética, semántica, acústico amnésica y dinámica. Basándose en dicha clasificación, Jakobson las divide en trastornos paradigmáticos y sintagmáticos.

Desde la metodología Fisiológica y Fisiopatológica, Azcoaga (1983) propone tres modalidades de trastornos del lenguaje:

- Afasia: afección de la actividad combinatoria del Analizador Verbal que provoca la alteración semántica del lenguaje, viéndose afectada la comprensión y el lenguaje interior. Lingüísticamente, es la desintegración de la codificación y descodificación semántica y de la transcodificación semántica-fonológica.
- Anartria: déficit de la actividad combinatoria del Analizador Cinestésico Motor Verbal que genera la alteración de la elocución. Desde la consideración lingüística, es la desorganización del código fonológico-sintáctico.
- Cuadros Mixtos: aquellos casos que no son puros ya que combinan trastornos comprensivos y elocutivos, con la posibilidad de que un código se vea más afectado que el otro.

A pesar de haber diversas clasificaciones, no siempre se puede encasillar al o la paciente en un tipo de afasia. Esto se debe a que la sintomatología no es siempre la misma ya que varía según cada área afectada. Los síntomas pueden ser agrupados por el área funcional afectada y por su modo de manifestación.

Los síntomas originados en la depresión funcional del Analizador Verbal pueden dividirse en aquellos de codificación semántica y los de descodificación semántica. A su vez, se pueden subdividir en los de predominio de la inhibición o de la excitación patológica. Se pueden encontrar los siguientes síntomas de la codificación semántica con predominio de la inhibición:

- Anomia: dificultad para denominar, es decir, para encontrar la palabra precisa.
- Agramatismo semántico: afección de las palabras lexicales alterando tramos decisivos del significado.

En cambio, los de predominio de la excitación patológica incluyen:

- Parafasia monémica: sustitución de las partículas portadoras de significado como raíces, prefijos y sufijos.
- Parafasia verbal paradigmática: reemplazo en el eje paradigmático cambiando toda la palabra.
- Parafasia sintagmática: sustitución que afecta todo el sintagma.

- Neologismo semántico: palabra inexistente con relación semántica de la palabra precisa.
- Perseveraciones: incluye la ecolalia al repetir todo lo dicho por el/la terapeuta, contaminación por el vocablo cuando toma el que le antecede o intoxicación por el vocablo cuando utiliza una palabra permanentemente en el discurso.

Dentro de los síntomas de descodificación semántica inhibitorios encontramos:

- Déficit para la comprensión: pérdida de la comprensión que afecta palabras aisladas, frases simples, estructuras complejas y/o construcciones en voz pasiva y semas más generalizados y abstractos del lenguaje.
- Déficit para la síntesis: se manifiesta en pruebas de órdenes complejas, mediante un olvido, inversión o alteración de sus términos, el cumplimiento equivocado de parte de ella o simplemente la falta de ejecución de todas sus partes.

Los síntomas de descodificación semántica excitatorios incluyen:

- Contaminación por la orden: repetición de parte de la orden anterior.
- Intoxicación por la orden: repetición de toda la orden completa que fue realizada anteriormente.
- Intoxicación por el significado: respuesta de algo previamente dicho.

Los síntomas originados en la depresión funcional del Analizador Cinestésico Motor Verbal son aquellos de codificación fonológica sintáctica. Por un lado, los de predominio de inhibición patológica abarcan:

- Agramatismo morfosintáctico: pérdida de operadores lógicos que hacen a la sintaxis.
- Asimilaciones: semejanza de dos palabras con la pérdida de un fonema consonántico.
- Omisión de fonema, sílaba o vocablo.

Por otro lado, los de predominio de excitación patológica incluyen:

- Parafasia fonética: sustitución del rasgo del fonema alterando su pronunciación.
- Parafasia fonémica: cambio de un fonema por otro.
- Parafasia morfémica: reemplazo del morfema por otro sin significado.
- Parafasia verbal sintagmática: afección de toda la palabra, conservando la métrica, vocales y prosodia.
- Agregado fonémico: fonema de apoyo que sirve para continuar el discurso.
- Neologismo fonológico: palabra inexistente sin relación semántica de la palabra precisa.
- Disprosodia: alteración en los elementos suprasegmentales.
- Perseveración común: repetición sin poder avanzar en el discurso.

Si bien parte de la sintomatología puede evidenciarse en el discurso y accionar del o de la paciente, existen determinadas pruebas para evaluar ambos analizadores y la presencia o no de cada síntoma. Este aspecto se desarrolla en el tercer capítulo del ensayo.

Con respecto a la sintomatología, Azcoaga (1983) plantea que el/la paciente afásico/a tiene dificultades para comprender lo que le dicen. Pese a que percibe el sonido de las palabras, no puede decodificar su significado. Además, la elocución también se encuentra alterada. A pesar de pronunciar correctamente, conservar la prosodia y la sintáctica, la dificultad está en la coherencia y la continuidad de los significados en la frase. Las alteraciones comprensivas y elocutivas se dan por la dificultad o imposibilidad de operar con los significados de las palabras. Esto se debe a que la lesión desintegra o afecta las estructuras neuronales que mantienen la organización de los estereotipos verbales constituidos.

Conforme a esto, Berthier et. al (2011) señalan que en la afasia se pierden los procesos implicados en la formulación y comprensión del lenguaje. No solo se afecta la comprensión auditiva, el lenguaje oral y la lectoescritura, sino también otros procesos cognitivos dependientes de la actividad del hemisferio cerebral izquierdo que son indispensables para el funcionamiento adecuado del lenguaje como la memoria auditivoverbal a corto plazo y la atención.

Cabe destacar que el aprendizaje fisiológico del lenguaje en un/a paciente adulto/a con trastorno neurolingüístico se realizó adecuadamente, pero como consecuencia de una lesión cerebral se desorganiza lo aprendido. Dicha lesión puede darse por diversas causas, aunque frecuentemente se relaciona con accidentes cerebrovasculares y, en menor frecuencia, a traumatismos craneoencefálicos relacionados con adultos/as jóvenes, tumores cerebrales, infecciones y enfermedades neurodegenerativas, tal como consideran Berthier et al. (2011).

El accidente cerebro vascular es un evento súbito y brusco por insuficiencia circulatoria. Se define como un síndrome clínico de origen vascular, caracterizado por la aparición de signos y síntomas rápidamente progresivos que duran más de veinticuatro horas debidos a la pérdida de una función focal.

Teniendo en cuenta lo desarrollado en la tesina de grado por Domínguez et.al (2013), el ACV puede ser:

- ISQUÉMICO: también llamado infarto cerebral. La estructura pierde la irrigación sanguínea por la interrupción súbita e inmediata del flujo sanguíneo, generando la aparición de una zona infartada y provocando el “infarto cerebral”. Es la obstrucción vascular de la arteria cerebral media por trombosis, embolia o espasmo. Dicha oclusión se puede reabsorber, favoreciendo el pronóstico.
- HEMORRÁGICO: se debe a la ruptura de un vaso que lleva a una acumulación hemática, ya sea dentro del parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo.

Con respecto a su incidencia, es la causa más frecuente de la afasia. Además, según la Organización Mundial de Accidentes Cerebrovasculares, es la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad a nivel mundial, con un efecto de 1 de cada 4 personas en el mundo.

La OPS acuerda señalar que en las Américas las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de mortalidad y carga de enfermedad y discapacidad. A nivel nacional, se estiman unos 120.000 casos anuales, de los

cuales 40.000 terminan en muerte y otros 40.000 en discapacidad, tal como señala el Informe de Impactos del ataque cerebrovascular en Argentina en 2023.

A pesar de que los números actualmente son elevados, se estima que la mortalidad aumentará un 50%, de 6.6 a 9.7 millones de muertes para 2050 según un informe publicado en The Lancet Neurology el año pasado. A su vez, incrementarán los casos de discapacidad consecuentes al accidente de 144.8 a 189.3 millones. Es por eso que, se deben realizar acciones de promoción y prevención de la salud para informar y concientizar a la sociedad sobre los factores de riesgo. Ya en los casos de pacientes con ACV se debe realizar la detección temprana, el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato.

Por su parte, Azcoaga (1985) plantea que los procesos fisiopatológicos generados a partir del ACV dependen de sus etapas clínicas. Existen diferentes períodos por los que pasa un/a paciente: agudo, subagudo, de estado y secuelar. El/la fonoaudiólogo/a interviene en cada uno de ellos, abordando los diferentes objetivos planteados.

Llegando al final del capítulo surge entonces la siguiente pregunta: ¿Qué sucede cuando la lesión afecta a los analizadores del lenguaje? El lenguaje adquirido y desarrollado durante toda la vida individual como producto del aprendizaje se desintegra. La lesión modifica la dinámica cortical y los procesos funcionales son reemplazados por una actividad fisiopatológica, provocando la pérdida del equilibrio de la actividad nerviosa superior.

En esta primera instancia se describe que la afasia es la alteración del lenguaje, la cual repercute en la vida del o de la paciente a nivel social, familiar y laboral. Por ende, se debe afrontar con responsabilidad y moral dicha problemática considerando la afección de la misma en todos los aspectos de la vida siendo necesario el abordaje interdisciplinario y desde un primer momento. En relación a lo último, da pie al próximo capítulo, es decir, la importancia de la atención temprana.

CAPÍTULO II: ATENCIÓN TEMPRANA

Previamente a exponer la atención temprana y dar a conocer su importancia, es necesario describir brevemente lo planteado por Geromini (1995) acerca de los cuatro períodos evolutivos por los que cursa la afasia para poder comprender cuales abarca la atención temprana y los motivos.

- ❖ Período agudo: corresponde a las horas o días inmediatos al ACV, el/la paciente está internado/a.
- ❖ Período subagudo: son días o semanas en los que el/la paciente puede estar internado/a o no. Vuelven a aparecer las funciones del lenguaje y se reequilibran las condiciones para el reaprendizaje.
- ❖ Período de estado: es la estabilización de los síntomas y del cuadro clínico neurológico.
- ❖ Período secuelar: es la estabilización e irreversibilidad de los síntomas y del cuadro. Refiere a la reubicación social y laboral.

Ahora sí, la atención temprana comprende los dos primeros períodos, lo cual se relaciona con la importancia de intervenir rápidamente desde un primer momento. Arroyo et.al (2009) plantean que desde el método fisiológico y fisiopatológico, el/la paciente se encuentra en emergencia fonoaudiológica, siendo de carácter preventivo.

Continuando con lo planteado por dichos/as autores/as, consideran que se debe atender el trastorno del lenguaje inmediatamente y el por qué se explica en varios puntos:

- El valor de sacar provecho de la plasticidad cerebral, que es la capacidad que tienen las neuronas de regenerarse funcional y anatómicamente luego de sufrir una lesión. Por ende, la atención inmediata incide en el grado de recuperación que se pueda alcanzar.
- La importancia de actuar sobre la fisiopatología del lenguaje evitando daños lingüísticos mayores.

Conocer la fisiopatología del cuadro orienta las primeras formas de comunicación. A pesar de la existencia de la lesión, se buscan efectos positivos en la terapia del lenguaje.

- La necesidad de realizar un diagnóstico presuntivo y oportuno del lenguaje que lleva a lineamientos terapéuticos apropiados.

Conforme a ello, Geromini (2006) considera que la formulación de la hipótesis diagnóstica es una evaluación del tipo de conductas lingüísticas, siendo necesaria la relación entre ellas. Los resultados indican las prioridades y posibles planes para la intervención siguiente.

- La obligación de informar y asesorar a la familia es fundamental ya que deben involucrarse, apoyar y acompañarlo/a en el proceso. Las personas cercanas al o a la paciente tienen gran influencia en su pronóstico y evolución de recuperación.

Por su parte, Ithurralde (2016) señala que no solo es necesario brindar la información correspondiente a la familia acerca del padecimiento del o de la paciente, sino que también es crucial concientizar acerca de la necesidad de continuar el tratamiento en el período de Estado, es decir, una vez establecido el cuadro clínico.

Si bien la atención temprana abarca los dos primeros períodos, los objetivos y el rol fonoaudiológico varían en cada uno de ellos. En el período agudo se busca observar la evolución espontánea del o de la paciente y el estado de la actividad nerviosa superior. Se pretende formular la hipótesis diagnóstica del cuadro considerando la información que brinda la familia. La intervención con el/la paciente es indirecta porque se encuentra internado/a, por ende, se brindan pautas a las personas cercanas, cuidadores y profesionales a cargo con un objetivo preventivo.

Algunas de las pautas ofrecidas son:

- mirar de frente al o a la paciente.
- darle una señal antes de empezar a hablarle.
- hablar lento, con una articulación no exagerada y una intensidad normal.
- acompañar con gestos.

- mostrarse relajado/a y motivado/a .

En el período subagudo la intervención ya es directa con el/la paciente vigil. Es necesario tener en cuenta que si bien se encuentra clínicamente estable, su fisiopatología aún no lo está, por ende, hay variabilidad del cuadro lingüístico. Hay cierta estabilización de síntomas e inicio de las condiciones para el reaprendizaje.

Se debe realizar una evaluación breve para obtener una pequeña muestra del lenguaje y así, establecer el grado de desorganización. Se utilizan las pruebas Adhoc (aquí y ahora), siendo una investigación dosificada del Protocolo de Azcoaga. Otra opción es la elaborada por Berta Derman que consiste en cuatro tarjetas que evalúan distintos aspectos del lenguaje, pudiendo aparecer diversos síntomas lingüísticos. La presentación de las mismas es gradual y en un tiempo breve para evitar la fatigabilidad del o de la paciente.

El objetivo en este período ya es terapéutico, con el fin de lograr elementos básicos de intercomunicación relacionados a cuestiones de la vida diaria. Se busca el incremento gradual de la atención tónica y la restauración de la palabra mediante estímulos sensorio-perceptivos y práxicos, realizando facilitaciones emocionales de ser necesario. Además, se brindan pautas a la familia teniendo en cuenta las características y necesidades del o de la paciente.

Algunas posibles pautas son:

- usar modalidades sensoriales como gestos y señas.
- no hablarle muchas personas a la vez.
- hablar lento y sobre temas concretos.
- no cambiar de tema bruscamente.
- utilizar frases cortas y completas.
- comprobar si comprendió lo dicho antes de continuar.

Ithurralde (2021) agrega que las pautas sugeridas buscan favorecer la comunicación y evitar conductas perjudiciales para el/la paciente, configurando los primeros lineamientos terapéuticos.

Las indicaciones generales consideran que en el período agudo no se interviene con el/la paciente sino con su familia. Ya en el período subagudo se

busca establecer contacto de veinte a treinta minutos, contemplando las particularidades y posible aparición de fatigabilidad. Se deben utilizar pocos estímulos para evitar la sobreestimulación o distracción. En ambos períodos se recomienda un seguimiento de dos veces al día con una atención individual en un lugar tranquilo.

En cuanto a las indicaciones particulares, Azcoaga (1985) señala que para los dos períodos se recomienda utilizar recursos que se relacionen con el reconocimiento de sí mismo/a y de su grupo familiar, actividades con elementos y acciones de la vida diaria. En ambos se utilizan los mismos recursos por la íntima relación entre ellos, por ende, se busca consolidar en el segundo lo abordado en el primero.

Es necesario considerar al o a la paciente como un ser único/a que está atravesando una situación ardua y compleja. Por lo tanto, es importante realizar la personalización de cada caso en particular, haciendo el seguimiento correspondiente. El objetivo primordial es mantener al o a la paciente comunicado/a. Más allá de la importancia de evitar daños lingüísticos mayores, es fundamental evitar el aislamiento de la persona que se encuentra en esta situación abrupta y confusa.

En síntesis, la Atención Temprana Fonoaudiológica se justifica ante la urgencia de poder controlar la fisiopatología y beneficiarse de la plasticidad cerebral. Además, en la importancia de realizar un diagnóstico presuntivo del lenguaje y asesorar a la familia, considerándola una pieza fundamental en la recuperación del o de la paciente.

CAPÍTULO III: PERÍODO DE ESTADO

1era Parte

El tercer capítulo abarca el período de Estado y el rol que tiene el/la fonoaudiólogo/a en el mismo. Se desarrolla en dos partes, en una primera instancia se aborda la anamnesis, evaluación, diagnóstico y pronóstico del o de la paciente adulto/a afásico/a y una segunda parte que consta del abordaje terapéutico.

Como se mencionó anteriormente, en el período de Estado hay estabilización de los síntomas y del cuadro clínico neurológico. Geromini (1995) agrega que es el momento en el que se llevan a cabo las tareas diagnósticas y terapéuticas ya que el/la paciente se encuentra clínicamente estable por la superación de los cuidados intensivos.

Si bien ya no corre riesgo la vida del o de la paciente, es necesario comprender que la situación es compleja y delicada. Es imprescindible el abordaje interdisciplinario con un equipo especializado a cargo que pueda atender a las múltiples problemáticas implicadas para abordar al o a la paciente de manera integral.

Haciendo énfasis en la tarea del o de la fonoaudiólogo/a, lo primero que debe realizar es la anamnesis. Este cuestionario se aplica con flexibilidad para adaptarlo a las características individuales. Es el primer encuentro entre el/la terapeuta y el/la paciente que, si bien puede estar acompañado, la anamnesis está dirigida hacia él/ella.

La primera entrevista resulta fundante de la relación que se establece. Es el momento de escuchar lo que puede y no puede decir, lo que viene a contarnos con su andar, sus gestos, su mirada que a veces se desvía hacia el familiar que lo acompaña, pidiendo que hable por él/ella, de tener una impresión acerca de cuánto comprende, saber qué le angustia más ahora. La empatía debe estar tanto en los gestos como en la escucha atenta y en las palabras dirigidas a ese ser que sufre (Ithurralde,2021:204).

Conforme a ello, Geromini (2004) plantea la necesidad de hacer una anamnesis exhaustiva para recoger los datos que permitan conocer los

antecedentes y características de la alteración neurolingüística, los posibles trastornos gnósicopráxicos asociados y los aspectos personales, familiares y sociales con el fin de conocer la historia individual.

Los datos brindados por el/la paciente orientan al pronóstico y ofrece información que se debe considerar en la terapéutica. Es pertinente indagar desde lo actual, realizando preguntas abiertas que le permitan desenvolver su experiencia mediante el lenguaje espontáneo. Lo que respecta a su personalidad previa y su grupo familiar determinan el pronóstico. En cambio, el nivel de instrucción, nivel socioeconómico cultural, nivel lingüístico, hobbies y ocupación nos brindan datos a tener en cuenta en el tratamiento.

Una vez realizada la anamnesis, se arriba a una hipótesis diagnóstica que se confirma o refuta luego de la evaluación del lenguaje. Hay diferentes métodos para realizarla, uno de ellos el Protocolo de Exploración Semiológica del enfermo Afásico propuesto por Azcoaga en 1959. El mismo evalúa tres códigos: lingüístico, lectoescrito y matemático, permitiendo profundizar la investigación de distintos aspectos de la patología neurológica del lenguaje y posibles patologías asociadas.

CÓDIGO LINGÜÍSTICO:

- LENGUAJE ESPONTÁNEO: consiste en la expresión verbal del o de la paciente a través de preguntas realizadas por el/la terapeuta. La exploración por preguntas comprende una fase receptiva y otra elocutoria en el segundo sistema de señales.

Las preguntas están ordenadas de modo que expresan las conexiones más sólidas y antiguas (ej. ¿Cómo se llama?), luego las más recientes (¿En qué trabaja?) y por último las ligadas a la enfermedad (¿Cómo empezó esta enfermedad?). Pueden aparecer síntomas de todo tipo, vinculados a la comprensión o elocución.

- PALABRA REPETIDA: tiende a explorar la integridad del mecanismo fonoarticulatorio, es decir, del Analizador Cinestésico Motor Verbal. Las palabras tienen complejidad gradual. Las primeras son monosílabos (ej. Pa),

luego polisílabos complejos (transformación) y por último expresiones de cierta complicación (Ferrocarril Nacional General Bartolomé Mitre).

Los posibles síntomas son omisiones, parafasias, neologismos. Puede haber déficit para la síntesis de estereotipos motores verbales si el/la paciente no puede repetir o un déficit para los estereotipos motores verbales complejos si no puede repetir los últimos dos.

- **DESIGNACIÓN DE OBJETOS:** investiga la capacidad de denominación por confrontación visual. Explora el segundo sistema de señales a través del primero. Los objetos son comunes y corresponden a palabras de menos sílabas al principio (ej. Botón) y de más sílabas al final (destornillador), siendo las mismas de complejidad creciente. Hay semejanzas perceptuales (ej. Aguja- clavo) y acústicas (ej. Cuchillo- cepillo) entre algunos objetos.

Es una prueba específica para la anomia, pudiendo aparecer dicho síntoma junto con contaminaciones, parafasia verbal paradigmática, parafasias del código fonológico, jergafasias y latencia.

- **COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE:** evalúa la comprensión y la capacidad de realizar la síntesis de comandos. Se gradúan las indicaciones simples y armónicas con el medio aumentando su complejidad progresivamente.

El único síntoma posible es el déficit para la síntesis, pudiendo darse por inversión, sustitución, omisión o agregado.

- **ESTUDIO DE SERIES:** las series expresan la organización de estereotipos verbales complejos. Un vocablo induce positivamente la pronunciación del siguiente.

Los síntomas que pueden manifestarse son perservaciones, omisión de vocablos, latencias, déficit para la comprensión o déficit en la síntesis del estereotipo verbal complejo.

CÓDIGO LECTOESCRITO:

- LECTURA EN VOZ ALTA: explora la pronunciación, construcción sintáctica y entonación correspondiente al sentido a través de un proceso visoperceptivo.

Pueden presentarse errores de pronunciación, entonación y comprensión, así como paralexias que es la sustitución de una palabra dentro del mismo campo semántico en lectura.

- COMPRENSIÓN DE LA LECTURA: investiga el segundo sistema de señales a través del analizador visual. Puede efectuarse en voz alta o silenciosa, consignando la forma en que se hace.
- ESCRITURA ESPONTÁNEA: expresa la capacidad de organizar por medio de una actividad motora especializada el contenido elaborado por el lenguaje interior. Puede verse imposibilitada por manifestaciones apráxicas o agnosia constructiva que deben ser desglosadas.

Puede manifestarse paragrafia que es la omisión, inversión, sustitución de letras o palabras a escribir.

- ESCRITURA COPIADA: estudia la correlación entre los aspectos visuoperceptivos y gráficos.
- ESCRITURA DICTADA: evalúa la conexión entre el lenguaje oído y el proceso cinestésico motor de la escritura que puede establecerse con dependencia o no de la conservación del lenguaje interior. El resultado debe ser confrontado con la exploración de la comprensión verbal de las pruebas.

CÓDIGO MATEMÁTICO:

Estas pruebas determinan las perturbaciones del cálculo asimétrico.

- CÁLCULO MENTAL: involucra la concepción de números, signos, relaciones recíprocas. Corresponde a cuentas simples.
- CÁLCULO SOBRE PAPEL: comprende cuentas de mayor complejidad y se pone en juego el manejo del espacio del papel.

A pesar de que el protocolo de Azcoaga cuenta con varios años desde su publicación en 1959, tiene vigencia actual. Muchos/as fonoaudiólogo/as lo utilizan

como método para evaluar al o a la paciente adulto/a afásico/a. Teniendo en cuenta una propuesta más actual, González y Hornauer-Hughes (2014) señalan que la investigación permite determinar el tipo y severidad de afasia y los procesos comprometidos para planificar posteriormente la rehabilitación del lenguaje. Se debe realizar la evaluación de:

- Lenguaje expresivo: consiste en el discurso oral mediante el diálogo; el lenguaje automático al pedir que diga los días de la semana; el repetido y el denominativo mediante objetos.
- Lenguaje comprensivo: se evalúa mediante el reconocimiento de objetos y la ejecución de órdenes referidas a su cuerpo o al medio ambiente.
- Lectura: a través de órdenes escritas referidas al cuerpo o al ambiente.
- Escritura: automática, dictada, copiada y discurso escrito al describir por escrito una escena.

Si bien las propuestas y tareas varían, ambas consideran la evaluación de los mismos códigos.

Retomando con el Protocolo de Azcoaga, tiene la característica de ser uniforme, es decir, es el mismo para todos/as los/as pacientes y tiene un orden establecido. Geromini (2016) señala que permite evaluar per se (intratest) y en relación con el resto (intertest). Es decir, posibilita la comparación de un/a paciente con sí mismo/a para ver su evolución y compararlo/a con otros/as para tareas de investigación.

Otro punto favorable es que, al seguir un orden establecido, permite que el/la terapeuta no se olvide de evaluar ningún aspecto. Además, si el/la paciente se fatiga, intervienen estados emocionales o cualquier tipo de variable que cause su detención, se retoma en la próxima sesión volviendo dos puntos atrás.

Otra particularidad de dicho Protocolo es que las pruebas se administran de las más simples a las más complejas. Geromini (2006), toma lo planteado por Pierre Marie en 1906 quien señala que la complejidad creciente de las pruebas permite que los casos leves no pasen inadvertidos. Se deben realizar pruebas complementarias en aquellos/as pacientes que tienen déficits en partes específicas de las pruebas.

Con respecto a la elocución, si hay una falla en los dos últimos puntos de Palabra Repetida (Yacimientos Petrolíferos Fiscales y Ferrocarril Nacional General Bartolomé Mitre) hay un déficit para la síntesis de estereotipos motores verbales complejos. En este caso, se debe evaluar el aspecto expresivo del lenguaje con mayor profundidad realizando pruebas complementarias. Se puede realizar la Lista de palabras de Tavella que consiste en 146 palabras y combinaciones. Otra opción, es la memoria de oraciones concretas y abstractas, que se basa en la repetición de lo dicho por el/la terapeuta. Además, se puede realizar la descripción de láminas de acción para evaluar el lenguaje espontáneo.

En cuanto a la comprensión, se realizan pruebas complementarias cuando hay una falla en el punto treinta y uno del Protocolo, denominado Prueba de Pierre Marie. Esta consiste en una orden compleja con tres papeles de diferentes tamaños (“deme el papel grande, quédese con el pequeño y tire el mediano”). Cuando esto sucede, hay déficit para la síntesis del estereotipo motor verbal complejo, siendo necesario evaluar exhaustivamente. Se puede realizar mediante el Peabody que se basa en cincuenta láminas con cuatro figuras por lámina, el/la terapeuta enuncia una palabra y el/la paciente debe señalar el que corresponde. Otra posibilidad es pedirle diferentes definiciones, pueden ser concretas (ej. ¿Qué es un diccionario? o abstractas (ej. ¿qué es el amor?), semejanzas y diferencias entre dos objetos (ej. ¿en qué se parecen y diferencian una banana de un limón?) y semejanzas entre tres objetos (ej. ¿en qué se parecen la lana, el cuero y el algodón?).

Además, se puede investigar a través del Token Test que consiste en veinte fichas de diferente forma, *círculos y rectángulos*, con dos tamaños, *grandes y pequeños* y cinco colores, *rojo, azul, amarillo, verde y blanco*. Requiere de nociones de forma, tamaño y color y para identificar una ficha en particular se necesita un sustantivo y dos adjetivos (ej. el círculo rojo grande). Las órdenes se van complejizando a medida que se van agregando más fichas.

Otra alternativa es el Protocolo de Claudia Ithurralde realizado en 1989 con el fin de evaluar la Comprensión Verbal pura a través de construcciones gramaticales complejas, expresiones breves, refranes populares, proverbios, relatos humorísticos y textos abstractos.

Es necesario comprender que, como plantea Geromini (1995), la exploración es compleja y la recolección de síntomas debe ser ordenada, paciente y minuciosa. El/la terapeuta debe tener empatía y consideración, atendiendo la complejidad de la situación.

Una vez realizada la evaluación, se arriba al diagnóstico que debe ser complejo, completo, jerarquizado y continuo posibilitando su cambio. Desde la metodología fisiológica y fisiopatológica se arriba a un doble diagnóstico. Por un lado, el clínico es la denominación del síndrome, los hechos concretos y síntomas. Refiere a: ¿qué tiene el/la paciente? Califica y denomina el trastorno del lenguaje identificando el predominante. Está basado en la exploración semiológica y determina los contenidos del plan terapéutico.

Azcoaga (1985) señala que para formular dicho diagnóstico hay que separar los síntomas según sus características. Se deben agrupar en los de codificación fonológica, codificación semántica y descodificación semántica. De esta manera, se evidencia el nivel de alteración de los códigos. Por ende, cuando la mayoría o la totalidad de los síntomas responden a una desorganización de la codificación fonológica es un diagnóstico de síndrome antártico. En cambio, en los casos de desorganización de la codificación y descodificación semántica y alteraciones de la codificación fonológica es un diagnóstico de síndrome afásico.

Por otro lado, el diagnóstico fisiopatológico posibilita la identificación de procesos subyacentes responsables de la producción de síntomas y la tonalidad del cuadro predominante. Refiere a: ¿Por qué tiene esto el/la paciente? Determina la forma de administrar el plan terapéutico. Conforme a ello, Azcoaga (1985) plantea que este diagnóstico debe agrupar los síntomas por sus características inhibitorias o excitatorias. Además, busca analizar la movilidad en cada uno de los grupos proporcionando una idea acerca de la dinámica del cuadro y separar los fenómenos que pueden ser considerados de modo independiente.

Es frecuente la correcta y temprana ejecución del diagnóstico médico que implica determinar la naturaleza de la lesión. En cambio, no sucede lo mismo con la desorganización del lenguaje a pesar que debe llevarse a cabo con urgencia mediante técnicas y métodos adecuados evitando daños en el/la paciente. El

diagnóstico fonoaudiológico debe realizarse teniendo en cuenta todos los aspectos que hacen a la alteración del lenguaje en el/la paciente adulto/a afásico/a. Este debe acompañarse del psicodiagnóstico y de la situación familiar por el valor innegable que tienen en el pronóstico de la recuperación neurolingüística (Geromini, 1997).

El pronóstico se realiza posteriormente al diagnóstico y previamente al tratamiento ya que permite una estimación de las posibilidades de recuperación lingüística que tiene el/la paciente. Se deben tener en cuenta los datos recogidos en la anamnesis. Es necesario el posicionamiento del o de la terapeuta desde la concepción que realiza el pronóstico de la persona que sufre de afasia y no de la afasia, considerando múltiples factores intervinientes.

Elvira Peña de Azcoaga en 1989 determina las variables que hacen al pronóstico agrupándolas en cuatro categorías. Por un lado, las determinantes conforman el proceso patológico y caracterizan el cuadro. Incluyen:

- variables biológicas: etiología, extensión de la lesión, severidad del cuadro, conciencia de su estado, edad, tipo de afasia.
- variables biográficas: personalidad pre mórbida, dinámica familiar, nivel educacional e historia socio laboral.

Por otro lado, las determinables son aquellas que se pueden modificar con intervención terapéutica. Incluyen:

- variables rehabilitatorias: evaluación inmediata, tratamiento temprano, tiempo total del tratamiento, atención psicológica, equipo interdisciplinario.
- variables emocionales: estado de ánimo, dinámica familiar y motivos de abandono del tratamiento.

Conforme a ello, González y Hornauer-Hughes (2014) agregan que un buen pronóstico está determinado por un/a adulto/a joven, con ocho o más años de escolaridad y sin deterioro cognitivo. En cuanto a la lesión, debe ser única y el ACV hemorrágico por su posibilidad de reabsorción. Además, debe tener un estado médico y emocional estable, con un trastorno del lenguaje leve y realizar un tratamiento intensivo con familiares que apoyen dicho proceso.

En relación a la familia, como se menciona anteriormente, es una parte esencial en la constancia y eficacia del abordaje terapéutico. Por eso, el/la terapeuta debe resaltar la importancia de comenzar y continuarlo para lograr resultados que beneficien la comunicación y, por ende, todos los aspectos de su vida. El rol del o de la fonoaudiólogo/a, tanto en la atención temprana como en el período de Estado, es fundamental ya que debe realizar la evaluación, diagnóstico, pronóstico y abordaje terapéutico de las alteraciones del lenguaje implicadas.

2da parte

Para dar comienzo con la segunda parte de este capítulo, cabe destacar lo señalado por Geromini (1995) acerca de que la atención terapéutica debe estar dirigida al o a la paciente con afasia y no a la afasia ya que es algo que se tiene. La rehabilitación busca crear sistemas funcionales nuevos a partir de aferencias y coordinaciones intactas. Se comienza desde niveles inferiores no afectados utilizando analizadores indemnes, es decir, se parte de lo que el/la paciente puede y tiene.

Continuando con lo planteado por la autora, cualquier medida destinada a restringir los daños lingüísticos es oportuna y merece ser intentada. Cuanto antes comience el tratamiento, mayores son las posibilidades de recuperación por las estrategias tempranas y positivas de comunicación.

La rehabilitación fonoaudiológica tiene dos objetivos, por un lado, proporcionar medios para que el/la paciente se pueda comunicar de manera eficaz y, por otro lado, conseguir la máxima recuperación posible de las capacidades lingüísticas (Martinell, 2013). Es decir, se busca el restablecimiento de la comunicación funcional logrando la reintegración del o de la paciente al medio. Conforme a ello, González y Hornauer-Hughes (2014) señalan la importancia de satisfacer las necesidades comunicativas cotidianas para mejorar la calidad de vida y lograr la adaptación psicosocial aceptando las limitaciones definitivas.

La terapéutica puede realizarse de muchas maneras, pero siempre se debe buscar el mejor método para el/la paciente siendo posible su modificación o sustitución de ser necesario. Los planes de tratamiento se prolongan de dos a tres años, por ende, es conveniente elaborarlos de manera parcial destinados de tres a seis meses según la complejidad de los contenidos. Es oportuno realizar evaluaciones periódicamente para detectar avances y retrocesos, efectuando los ajustes necesarios.

Tomando lo planteado por Azcoaga (1985), se establece un plan detallado con los contenidos, objetivos, indicaciones, materiales y recursos a utilizar. Se tiene en cuenta el diagnóstico clínico, del cual surgen los contenidos y tipo de plan con

sus respectivos objetivos e indicaciones. Además, se considera el diagnóstico fisiopatológico, deslindando los recursos a utilizar según la tonalidad del cuadro.

En un/a paciente adulto/a afásico/a con síntomas comprensivos y elocutivos, los contenidos del plan deben ser logopédicos con el fin de abordar y restablecer ambos aspectos del lenguaje. En cambio, en aquellos/as pacientes solo con síntomas elocutivos se aplica el plan ortofónico atendiendo los aspectos de la codificación fonológica. Este busca lograr la inteligibilidad del habla mediante la correcta selección y combinación de fonemas, ritmo y prosodia.

En relación al plan logopédico, desde una consideración lingüística, se trabaja sobre la codificación y la decodificación semántica y sobre la codificación fonológica. Terapéuticamente, se acciona sobre el eje paradigmático cuando se atiende a los atributos y significados de una palabra en relación a una categoría. En cambio, se actúa sobre el eje sintagmático al utilizar relaciones sintagmáticas, partiendo de frases simples que se complejizan hasta incorporar formas más completas.

En cuanto a los objetivos, deben ser firmes y claros, planteando uno general y algunos específicos teniendo en cuenta el diagnóstico, las necesidades, características, capacidades e intereses del o de la paciente. En este sentido, "el objetivo general del tratamiento de la afasia es conseguir mejorar, en el mayor grado posible, las capacidades comunicativas del paciente y posibilitar su óptima adaptación psicológica, emocional, familiar y social" (Peña Casanova et al., 1995:113). Es decir, se busca la adaptación a la vida cotidiana considerando en rehabilitar a la persona y no capacidades particulares aisladas.

Retomando la metodología fisiológica y fisiopatológica de Azcoaga, considera que los objetivos generales buscan el restablecimiento del equilibrio dinámico en la actividad nerviosa superior y la consiguiente restauración de condiciones básicas para el reaprendizaje. El fin es la rehabilitación de la decodificación del lenguaje oral en sus diferentes modalidades y la activación de la capacidad de generalización, categorización y abstracción que influyen en el lenguaje interior e intercomunicación.

Los objetivos específicos dependen del diagnóstico, pero siempre buscan abordar las condiciones básicas para el reaprendizaje. En cuanto a la motivación, consiste en introducir estímulos sensorio-perceptivos adecuados que mantengan la atención tónica. Esta última refiere al mantenimiento de un nivel de receptividad adecuado en uno o más analizadores. La memoria puede ser a corto o largo plazo y el nivel de tolerancia a la fatiga está relacionada con la atención tónica, y por eso, depende en última instancia de la motivación. Por consiguiente, se deben graduar los estímulos para generar el incremento paulatino de la atención y la correlativa reducción de la fatigabilidad.

Además de las condiciones básicas para el reaprendizaje, el primer objetivo es el establecimiento de un buen vínculo entre el/la terapeuta y el/la paciente. Dicha relación profesional se debe generar desde la primera consulta y sostener a lo largo de la evaluación y abordaje terapéutico, apuntando ambos/as hacia un mismo objetivo.

Creo que un fonoaudiólogo es ante todo una persona que tiene un dominio disciplinar específico y pertinente para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las alteraciones del lenguaje, que recibe con amor a otra persona que le consulta. Juntos emprenden una tarea que va más allá del restablecimiento de las funciones afectadas. Es un trabajo que depende en gran medida de ambos, que exige compromiso por parte de los dos, y que requiere del establecimiento de un vínculo muy fuerte. (Ithurralde, 2021: 203).

Para propiciar dicha relación se ponen en juego todos los conocimientos y saberes con los que cuenta el/la profesional. Conforme a ello, González Martín (2020) agrega que el/la terapeuta debe comprender y empatizar con la situación compleja que atraviesa el/la paciente. Por ende, debe brindarle confianza, apoyo y sostén de manera ética y profesional para lograr un abordaje agradable para ambos/as. Además, debe alentar e incentivar al o a la paciente a recuperar motivaciones previas evitando así la fatigabilidad y frustración.

En relación a las indicaciones generales, es necesario establecer un lugar acorde con un horario adecuado en el que el/la paciente no esté fatigado/a. Se

determinan la frecuencia de las sesiones individuales teniendo en cuenta los factores socioeconómicos y disponibilidad, aunque lo ideal es un tratamiento diario o de tres encuentros semanales. El tiempo destinado debe ser de treinta a cuarenta y cinco minutos, dividiéndolo en tres bloques: los primeros diez asignados a actividades de mayor concentración que buscan el mejoramiento de las condiciones del reaprendizaje, los siguientes veinte para tareas relacionadas a la descodificación y los últimos para repasar lo abordado.

Las indicaciones particulares contemplan los intereses, hobbies y ocupación del o de la paciente. Están planificadas para evitar la frustración, aburrimiento o cualquier tipo de reacciones emocionales. Además, se deben desarrollar técnicas de autocorrección y autogobierno ya que hay conciencia de la situación. Se abordan las actividades planteadas en el orden descrito en las indicaciones generales, pero siempre considerando el tiempo que requiera y necesite el/la paciente para poder llevarlas a cabo.

Con respecto a los materiales a utilizar, deben ser reales, atractivos, con diseños claros y de buena calidad. No deben ser infantiles y deben adaptarse a las necesidades e intereses del o de la paciente teniendo en cuenta su nivel educacional y sociocultural. Siempre se debe trabajar de manera contextualizada. Además, de acuerdo al grado de severidad, en algunos/as pacientes se pueden utilizar láminas u objetos tangibles.

Como se menciona anteriormente, del diagnóstico fisiopatológico surgen los recursos teniendo en cuenta la tonalidad del cuadro. Siguiendo con lo planteado por Azcoaga (1985), aquellos utilizados para desbloquear el predominio inhibitorio buscan crear un nivel aceptable de capacidad combinatoria de síntesis para que el/la paciente pueda responder correctamente.

En un primer momento, lo ideal es trabajar con pocos recursos y dispares entre sí para analizar las características individuales. Se deben presentar de forma gradual para favorecer el desarrollo de la capacidad analítico sintética y evitar la fatigabilidad. La presencia de ésta se evidencia con un descenso del nivel de trabajo, aumento de errores, latencias y bostezos. Para restablecer la atención, se puede cambiar o suspender la actividad.

Si el/la paciente no puede realizar o comprender alguna indicación, el/la terapeuta debe presentarla de otra manera utilizando las facilitaciones que considere. Puede acentuar prosódicamente el punto central de la frase, valerse de gestos complementarios mediante estímulos visuales, táctiles o auditivos o desglosar la orden en dos tiempos. Además, se pueden utilizar facilitaciones emocionales, sensoperceptivas o semánticas. Se deben buscar alternativas, pero no insistir cuando no sean exitosas porque pueden provocar frustración, desmotivación o desborde emocional.

Por lo contrario, los recursos para lograr el control inhibitorio buscan detener el flujo excitatorio. Si el/la paciente tiene logorrea o jergafasia el/la terapeuta debe utilizar el gesto de pare o hacer señas para que escuche, también le debe pedir que no hable y que se limite a escuchar estableciendo un código de respuestas verbales o escritas si es posible. El apoyo del código lectoescrito permite la concreción de serie de unidades constitutivas de un todo, si bien no es un elemento indispensable puede ser útil en algunas circunstancias. Si persiste el estado excitatorio, se debe reducir, sustituir o suspender la tarea.

A medida que se reactivan las funciones alteradas, hay una reducción de los síntomas, es decir, mediante la reactivación del control de la neurodinámica cortical se dominan los procesos generadores de la sintomatología. Desde que inicia el abordaje terapéutico, se deben seleccionar adecuadamente los estímulos y recursos ya que pueden provocar efectos contraproducentes.

Es importante que el/la paciente conozca y comprenda el fin y la importancia de su rehabilitación considerando el origen de su situación. Se debe respetar el modo natural con el que se comunica, tomando las estrategias que utiliza con el fin de lograr un rol activo dentro y fuera del consultorio. Es primordial mantenerlo/a motivado/a, buscando su necesidad e intención de comunicarse y hablar para que realice la selección semántica y ordene el mensaje.

La rehabilitación de la afasia es un proceso complejo, único, individual y lento. Requiere de la buena predisposición y colaboración tanto del o de la paciente como de su familia. El/la terapeuta debe brindarles a las personas a cargo explicaciones informativas y posibles estrategias que pueden aplicar mediante

estímulos positivos y adecuados. Es fundamental que pueda mantener la comunicación fuera del ámbito fonoaudiológico ya que es necesaria la correcta sociabilización para generar efectos positivos.

A modo de conclusión, es pertinente señalar que la rehabilitación del lenguaje permite la comunicación favoreciendo el aspecto psicológico, afectivo, social, cultural y laboral. El/la terapeuta debe lograr que el/la paciente tenga un rol activo y que no sea un mero repetidor de ejercicios. Es pertinente considerar sus deseos, necesidades, motivaciones e intereses en pos de una terapia exitosa.

La finalización del abordaje terapéutico debe ser gradual, disminuyendo progresivamente la cantidad de sesiones. La labor fonoaudiológica no finaliza en este período ya que es importante apoyar al o a la paciente a medida que se independiza del uso del lenguaje dirigido para controlar los síntomas que persisten durante el período de secuela.

CAPÍTULO IV: PERÍODO DE SECUELA, IMPACTO DEL TRASTORNO AFÁSICO E INTERDISCIPLINA

El presente capítulo abarca el período de Secuela, los posibles motivos de fracaso de la terapéutica y el impacto que genera el trastorno afásico en la vida de o de la paciente reflexionando sobre la importancia de abordar en interdisciplina. Tomando lo planteado por Azcoaga (1985), el último período se define después del año con la estabilización total del cuadro e irreversibilidad de los síntomas. Consiste en el alta de la terapia cuando no se pueden lograr más avances.

Los objetivos generales en esta instancia consisten en el afianzamiento de los dispositivos básicos para el reaprendizaje y en la consolidación de la intercomunicación para lograr beneficios en la reinserción social y laboral. En cuanto a los objetivos específicos, para la atención se utilizan estímulos sensorio-perceptivos y verbales complejos relacionados con recursos de doble sentido como chistes y absurdos. En cambio, para la memoria se utilizan aquellos que permitan retomar los contenidos abordados.

En relación a las indicaciones didácticas, se busca reducir la frecuencia de sesiones semanales y considerar la terapia grupal. Tomando lo planteado por Peña Casanova et.al (1995), la misma se tiene que realizar como complemento y no como sustitución de la terapia individual. Deben ser pocos/as integrantes por grupo seleccionados en relación a la proximidad clínica. Esta alternativa busca favorecer la comunicación aumentando las habilidades pragmáticas ya que interviene el contexto, cambio de roles, espera de turnos y diferentes temáticas. Además de los beneficios relacionados con el lenguaje, genera múltiples efectos positivos en el aspecto afectivo emocional.

En cuanto a la terapia grupal, Azcoaga (1985), agrega que debe llevarse a cabo en un ambiente tranquilo y ordenado con actividades organizadas de complejidad creciente. Se seleccionan los/as integrantes de cada grupo teniendo en cuenta las características psicológicas de cada paciente, es decir, el nivel de tolerancia a la frustración, la conciencia que tiene de su situación y la frecuencia de actitudes catastróficas. Además, se considera el tipo de trastorno del lenguaje con

el fin de agruparlos/as con distintas posibilidades de comunicación, teniendo en cuenta la edad, intereses y el nivel sociocultural.

Es indispensable explicarle al o a la paciente y su familia el sentido y objetivo de la terapia grupal. Además, se les deben informar las normas de trabajo. Entre ellas se encuentra la asignación de roles, el respeto de turnos y tiempo que requiera cada uno. Es necesaria la aceptación de las posibilidades comunicativas propias y de sus compañeros/as comprendiendo las limitaciones y ayudando a aquellos/as que tienen mayores dificultades cuando el/la terapeuta lo considere. Los temas pueden ser de interés general, artículos breves, descripción de fotos y láminas o resolución de crucigramas dependiendo de la dinámica de cada grupo.

Como se menciona anteriormente, la terapia en grupo tiene múltiples beneficios fisiológicos, neurolingüísticos, cognitivos y afectivoemocionales. Haciendo énfasis en el último, refiere a que compartir experiencias y sentimientos con personas que atraviesan situaciones similares favorecen a la reducción de miedo, angustia y frustración pudiendo lograr una mayor aceptación y entendimiento. Además, sirve como una instancia previa a la reinserción y reincorporación lingüística cotidiana del o de la paciente rehabilitado/a.

Retomando con la terapéutica del período de Secuela, los contenidos de los planes buscan afianzar lo abordado el periodo anterior, como es la interpretación de secuencias, descripción de láminas, chistes, refranes y textos con un tema central. Además, es primordial consolidar los elementos del lenguaje que el/la paciente requiera en relación a la actividad o trabajo que realice. Se debe ejecutar el seguimiento de las posibilidades comunicativas que tiene en su vida diaria y el control de actividades de mayor complejidad y abstracción.

A la hora de atender al o a la paciente en cualquiera de los períodos, se deben considerar los aspectos psicológicos, neuropsiquiátricos y afectivoemocionales que interfieren en el abordaje. Tomando lo descrito por Geromini (2005), uno de los motivos por los que puede fracasar la terapia se relaciona con dichos aspectos. Puede deberse, por un lado, a que el/ la paciente tiende a descuidar de él/ella mismo/a y caer en dependencia total de sus familiares

abandonando la terapia o, por otro lado, a la negación de su discapacidad rechazando la continuidad del abordaje.

Muchas veces la falla de la terapéutica fonoaudiológica se relaciona con la falta de la terapia psicológica. La misma es imprescindible ya que el/la paciente necesita redefinirse como persona, reconocer y aceptar sus nuevas limitaciones. El apoyo psicológico favorece los otros tratamientos, acortando sus tiempos de realización y arribando a altas satisfactorias. Se debe trabajar de manera interdisciplinaria entre médicos/as, psicólogos/as, fonoaudiólogos/as, kinesiólogos/as, psiquiatras y profesionales que intervengan. Es necesario establecer una buena comunicación entre todos/as con el fin de lograr múltiples beneficios. Con respecto a esto, Ithurralde (2016) señala que el/la paciente afásico/a no debe recibir terapias paralelas y aisladas sino un tratamiento integral e integrado.

Otro de los motivos de fracaso de la terapia puede ser la falta de recursos económicos que dificultan el acceso, inicio o sostén de la misma. Además, muchas veces la desinformación por parte del o de la paciente y su familia genera una derivación tardía, que no se realice o que no continúe adecuadamente el seguimiento terapéutico. Por ende, es necesario hacer hincapié e informar desde un primer momento la relevancia e importancia que tiene realizar un tratamiento acorde a las necesidades comunicativas y los resultados favorables que se logran con este.

La última razón de un abordaje no exitoso puede ser la falta de especialización en Afasiología por parte del o de la profesional, quien debe realizar formaciones permanentemente. El/la terapeuta debe ser cuidadoso/a al realizar maniobras o ciertas actividades que pueden generar efectos negativos en el/la paciente. Debe elegir el tipo de abordaje teniendo en cuenta las características y necesidades individuales. Requiere de conocimientos y saberes científicos y clínicos necesarios para brindar seguridad, apoyo y contención al o a la paciente y familia, resguardando su independencia y autonomía. Además, debe ser claro/a y realista a la hora de informar y explicar el camino a transitar.

Como se menciona anteriormente, el aspecto afectivo emocional puede determinar el fracaso de la terapéutica. Con una mirada más allá de la clínica, es importante reflexionar sobre el impacto que genera el trastorno afásico en la vida del o de la paciente ya que se encuentra ante una nueva realidad condicionada por su lesión y los trastornos neurológicos y neuropsicológicos que provoca. No solo repercute a nivel personal sino también en sus relaciones.

A causa de esto, la familia debe acompañarlo/a en esta compleja situación aceptando las limitaciones, modificaciones y cambios en la vida de su ser querido. Sin embargo, no es una tarea sencilla ya que esta nueva realidad afecta e influye en todo el marco familiar. Atraviesan momentos arduos de confusión, angustia y desorientación hasta la toma de conciencia. Conforme a ello, Marachlian y Sezino (1995) agregan que es por esto que se debe trabajar en la elaboración del duelo de esa persona que ya no es y en la aceptación de un nuevo modo de ser, vincularse, comunicarse y aprender. El impacto de la afasia rompe el equilibrio en el grupo familiar alterando el funcionamiento de los roles establecidos y las formas de comunicación conocidas.

Otro aspecto a tener en cuenta es lo planteado por Peralta de Resquin (1997) acerca de que la disminución de autoestima y la dificultad para comunicarse conducen a la persona al aislamiento y soledad pudiendo desencadenar en depresión. Frecuentemente el/la paciente evita el contacto con los demás por vergüenza, frustración y ansiedad. Es importante hacer hincapié en la importancia de la reacción emotiva como factor causante de los cambios de la personalidad en las personas afásicas.

Peña Casanova (1995) señala que los aspectos psicológicos de los/as afásicos/as pueden tener dos grandes variantes. Por un lado, las manifestaciones neuropsiquiátricas y neuroconductuales representan cambios del estado emocional y conducta como consecuencia de la lesión de las bases neurológicas de ciertos comportamientos. Por otro lado, las manifestaciones reactivas representan vivencias y manifestaciones emocionales relacionadas con las características premórbidas. Los aspectos de personalidad previa, la realidad social y familiar son fundamentales para comprender muchas respuestas.

Además, otro tipo de reacción son las catastróficas que consisten en un estado de ansiedad, negativismo y rechazo de las tareas. El/la terapeuta debe abordar con paciencia, comprensión y empatía brindando apoyo y seguridad. Otra posible reacción es la de indiferencia como consecuencia del poco interés y esfuerzo que hace el entorno para comprender al o a la paciente. Muchas veces es necesaria la intervención farmacológica con antidepresivos.

Independientemente de las reacciones, la intervención psicológica debe hacerse tempranamente para brindar sostén y contención al o a la paciente y su familia pudiendo lograr un alto y rápido nivel de recuperación. Como se describe anteriormente, es necesaria la buena comunicación entre los/as profesionales a cargo.

A pesar de que la incumbencia fonoaudiológica es la comunicación humana, las lesiones neurológicas no solo van a afectar el lenguaje, sino que pueden existir otros déficits o alteraciones que deben ser abordadas por otros/as profesionales. Por ende, es de gran importancia abordar al o a la paciente desde la interdisciplina con un equipo especializado. Cada uno/a debe aportar desde su disciplina con el fin de reinsertar al individuo en el medio en el que se desarrollaba anteriormente.

Aunque lo ideal es el abordaje interdisciplinario por sus múltiples beneficios, no siempre sucede. Es frecuente la coexistencia de profesionales que no llegan a constituir un equipo de esta índole por no acordar en la postura y modo de abordar esta patología. En cuanto a los efectores públicos, no siempre cuentan con los recursos humanos para formar un equipo de trabajo o hay fallas en la comunicación entre ellos/as.

Se debe resaltar la importancia de abordar de manera interdisciplinaria para acompañar al o la paciente en este proceso complejo buscando lograr efectos positivos en su bienestar general. Debe sentir y reconocer los beneficios por el restablecimiento de sus funciones afectadas de manera integrada ya que le permiten adquirir recursos para su autogobierno y así, lograr una mayor autonomía e independencia.

Es necesario que el/la paciente se sienta acompañado/a en todo el proceso por sus familiares y terapeutas. También, es imprescindible que se sienta protagonista

de su abordaje teniendo el poder de tomar decisiones ya que es su propia vida la que está siendo modificada. Es por eso que, los/as terapeutas deben brindar la información necesaria y apoyo profesional para favorecer la máxima autonomía. Requiere de una actitud serena con el fin de brindar seguridad y confianza manifestando su empatía mediante palabras adecuadas, gestos y miradas.

CONCLUSIONES

Debido a todo lo expuesto anteriormente, es pertinente concluir que el/la profesional fonoaudiólogo/a cumple un rol primordial en la evaluación, diagnóstico, pronóstico y abordaje terapéutico del o de la paciente adulto/a afásico/a con trastorno neurolingüístico siendo imprescindible su intervención en los cuatro períodos por los que cursa.

Es fundamental la participación del o de la fonoaudiólogo/a desde el primer momento. La atención temprana permite mantener al o a la paciente comunicado/a y evitar daños lingüísticos mayores al controlar la fisiopatología del lenguaje. Intervenir inmediatamente incide en el grado de recuperación que se pueda alcanzar, por eso, es importante aprovechar la plasticidad cerebral.

La atención temprana consiste en realizar una evaluación breve y concisa del lenguaje para arribar al diagnóstico presuntivo del mismo, lo que permite orientar los lineamientos terapéuticos. Además, es de gran importancia brindar recomendaciones y pautas correspondientes al período agudo y subagudo al personal a cargo y familiares. En relación a los últimos, es necesario asesorar y brindar información acorde y necesaria, concientizando sobre la importancia de continuar el abordaje terapéutico.

En relación al período de Estado, el rol del fonoaudiólogo/a consiste en un primer momento en realizar la anamnesis con el fin de recoger datos que orientan al pronóstico y aspectos que se deben tener en cuenta en la terapéutica. Con la información de este primer encuentro, se arriba a la hipótesis diagnóstica que se confirma o refuta luego de la evaluación del lenguaje. Esta consiste en la exploración de las funciones cerebrales superiores (lenguaje, gnosis y praxias), código lectoescrito y nociones matemáticas. Hay diferentes maneras de realizarla, una opción es el Protocolo de Azcoaga que tiene el carácter de ser uniforme, es decir, es el mismo para todos los pacientes. Además, las tareas son de complejidad creciente, permitiendo que los casos leves no pasen inadvertidos e investigarlos con mayor profundidad mediante pruebas complementarias.

Una vez realizada la evaluación, se arriba al diagnóstico del lenguaje teniendo en cuenta todos los aspectos que hacen a la alteración. El clínico es la

denominación del síndrome y del trastorno del lenguaje determinando los contenidos. En cambio, el fisiopatológico refiere a los procesos subyacentes de los síntomas y la tonalidad del cuadro predominante orientando la forma de administrar el plan terapéutico.

Previamente al abordaje terapéutico se realiza el pronóstico que consiste en las probabilidades de recuperación lingüística que tiene el/la paciente teniendo en cuenta las variables determinantes y determinables.

El último punto del período de Estado consiste en el abordaje terapéutico. Cuanto antes comience, mayores son las posibilidades de recuperación. Se debe buscar el método acorde en relación a las necesidades y particularidades. Es necesario realizar evaluaciones periódicas para ver la evolución y realizar cambios de ser necesarios.

Se debe tener en cuenta el diagnóstico clínico, del cual surgen los contenidos, es decir, el tipo de plan con sus respectivos objetivos e indicaciones y del fisiopatológico surgen los recursos teniendo en cuenta la tonalidad del cuadro. Terapéuticamente, se acciona sobre el eje paradigmático y lingüísticamente sobre el eje sintagmático.

Es esencial que tanto el/la paciente como su familia comprendan el objetivo y la importancia de la rehabilitación fonoaudiológica. El/la terapeuta debe tener los conocimientos y formación pertinente para mantenerlo/a motivado/a y con un rol activo. Es necesario el abordaje comprendiendo la situación compleja y ardua que atraviesa. Para lograr que sea exitoso, requiere de la buena predisposición por parte de todos/as con el fin de lograr que esté comunicado/a dentro y fuera del ámbito terapéutico.

La finalización del abordaje terapéutico debe ser gradual. Sin embargo, la labor fonoaudiológica continúa en el período de Secuela. El mismo consiste en la estabilización total del cuadro e irreversibilidad de los síntomas, dando el alta al no lograr mayores avances. Se debe considerar la alternativa de la terapia grupal por los múltiples beneficios que genera en el lenguaje y aspectos relacionados a lo afectivo emocional.

Es imprescindible tener en cuenta que en cualquier momento pueden interferir los aspectos psicológicos, neuropsiquiátricos y afectivoemocionales. Por ende, es necesaria la terapia psicológica para que el/la paciente y su familia puedan conocer y aceptar las nuevas limitaciones y posibilidades que posee.

La intervención del o de la psicólogo/a favorece los otros tratamientos. Sin embargo, es necesario la buena comunicación entre todos/as los/as profesionales a cargo para lograr un tratamiento integral e integrado. Aunque cada uno/a asume el rol propio de su incumbencia, es fundamental el abordaje interdisciplinar dada la compleja situación.

Es por todo lo mencionado hasta aquí que se hace hincapié en la importancia de reflexionar acerca del rol del o de la fonoaudiólogo/a en todos los períodos por los que cursa el/la paciente adulto/a afásico/a, siendo este necesario e imprescindible para que pueda comunicarse y lograr múltiples beneficios de su rehabilitación. Ejercer la Fonoaudiología implica un gran respeto y compromiso hacia colegas, demás profesionales, pacientes y familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardila, A. (2019) *Las afasias*. Universidad Internacional de Miami, EE.UU. (inédita).
- Arroyo, A., Cerutti, M., Guiello, M., Jairala, J e Ithurralde, C (2009) “El porqué de la atención temprana en el paciente afásico adulto”. *Revista Fonoaudiología digital*, Tomo 55 nº2: 58-68.
- Azcoaga, J. (1983) “Los trastornos neurológicos del lenguaje en el adulto”. En Azcoaga, J. *Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones*, pp. 248-274. Buenos Aires: Paidós.
- Azcoaga, J. (1985). *Neurolingüística y fisiopatología*. Buenos Aires: El ateneo.
- Berthier, ML., Garcia Casares, N. y Dávila, G. (2011) “Afasias y trastornos del habla”. *Revista Medicine*, Tomo 10 N°74: 5035-5041.
- Domínguez, J., Lemos, R. y Vizaguirre, R. (2013). *Conocimiento de la población sobre Accidentes Cerebro Vasculares*. Tesina de grado. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza (inédita).
- Feigin, V. y Owolabi, M. (2023) “Soluciones pragmáticas para reducir la mortalidad y la discapacidad causadas por los accidentes cerebrovasculares: una Comisión de World Stroke Organization y The Lancet Neurology”. *The Lancet Neurology Commissions*. Vol. 22: 1160-1206.
- Geromini, G. (2006) “La exploración diagnóstica del paciente afásico”. *Revista Anuario Fundación Dr. J.R. Villavicencio*, N° XIV: 155-160.
- Geromini, G. (2016) “La investigación en afasiología: vigencia de un protocolo”. <https://adinarosario.com.ar/wpcontent/uploads/2020/10/F71.geromini.lainvestigacionnafasiologia.pdf> (Visto: 26/8/2024).
- Geronomi, G. (1995). “La recuperación del paciente afásico: ¿Utopía o realidad?” *Revista Anuario Fundación Dr. J.R. Villavicencio*, N° 3: 118-123.
- Geromini, G. (2005) “Limitaciones de mayor jerarquía en la rehabilitación del paciente afásico”. *Revista Anuario Fundación Dr. J.R. Villavicencio*, N°3: 118-123.

Geromini, G. (1997) "Motivo de fracaso de la terapia lingüística en el paciente afásico adulto". *Revista Anuario Fundación Dr. J.R. Villavicencio*, N°5: 119-122.

Geromini, G. (2004) "Valor de la anamnesis en la formulación de las hipótesis diagnósticas y del pronóstico del paciente afásico". *Revista Anuario Fundación Dr. J.R. Villavicencio*, N°12: 104-108.

Geromini, G. (1988) "*Tratamiento de los síndromes anártrico y afásico: contenidos de los planes terapéuticos*". Ponencia presentada en la II Jornadas Nacionales de APINEP. Buenos Aires.

González Martín, A (2020). *Comparación logopédica en afasia tras ACV: fase hospitalaria y fase ambulatoria*. Tesina de grado. Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina, España (inédita).

Gonzalez, R. y Hornauer Hughes, A. (2014) "Afasia: una perspectiva clínica". *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, N°25: 291-308.

Ithurralde, C. (2003) "Exploración de la comprensión verbal en el paciente afásico leve según nivel de instrucción". *Revista Fonoaudiológica*, Tomo 49 N°2: 58-66.

Ithurralde, C. (2021) "Las alteraciones del lenguaje en el adulto: cuestionamientos en el devenir del proceso terapéutico". En Campra, C. e Isaias, A. (comp.). *Fonoaudiología: Intervenciones y prácticas posibles*, pp. 203-209. Rosario.

Ithurralde, C. (2016) "Responsabilidad social universitaria: intervención fonoaudiológica con pacientes afásicos adultos". *Revista E+E: estudios de extensión en humanidades*, N°4:85-92.

Ithurralde, C. (1989). "*Revisión de Protocolos que investigan los contenidos no manifiestos del lenguaje en el paciente afásico*". Trabajo de investigación realizado por APINEP. (inédita).

Ithurralde, C., Ronher, M., Lenarduzzi, T., De Rosa, G. (2010). *Revisión Histórica acerca del estudio de la afasia*. Cátedra Alteraciones del Lenguaje en el Adulto. Carrera de Lic. en Fonoaudiología. UNR.

OCAL. (2023). *“Informe de Situación”*. Ponencia presentada en la Jornada sobre Impactos del ataque cerebrovascular en Argentina. Cámara de Diputados de la Nación, Buenos Aires, Argentina.

Peralta de Resquin, E (1997). *“Modalidades de la prevención en la afasia: aproximación al proceso psicodiagnóstico de la persona afásica”*. Ponencia presentada en el Primer Congreso Nacional del Psicodiagnóstico. San Martín de los Andes, Neuquén, Argentina.

Peña de Azcoaga, E. (1989) *“Identificación y dinámica de los factores que interactúan en el pronóstico del individuo afásico adulto”*. Ponencia presentada en el Primer Congreso Latinoamericano de Neuropsicología. Buenos Aires, Argentina.

Peña Casanova, J. y Heres Pulido, J. (1995) *“Objetivos terapéuticos. Principios generales de la terapia y prerreeducación”*. En Peña Casanova, J. y Pérez Pamies, M. *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*, pp-113-125. Barcelona: Masson.

Peña Casanova, J., Manero, R.M. y Bertran Serra, I. (1995). *“Aspectos psicológicos, neuropsiquiátricos y conductuales de los afásicos. Aspectos sociales y terapia en grupo”*. En Peña Casanova, J. y Pérez Pamies, M. *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*, pp- 271-278. Barcelona: Masson.

Marachlian, C. y Sezino, R. (1995) *“Repercusión de la afasia en el paciente, su pareja, en su vida familiar y social”*. Ponencia presentada en el ciclo de Conferencias: Conociendo la realidad del afásico. ADINA, Rosario, Argentina.

Martinell, M. (2013) *“Intervención logopédica en la afasia”*. *Revista Sobre ruedas*, N°83: 4-8.

Vendrell, J.M. (2001) *“Las afasias: semiología y tipos clínicos”*. *Revista Neurol*, Tomo 32 N°10: 980-986.