

Artículo 9

TRAUMATISMO DE CRÁNEO - CONCEPTOS GENERALES DE AFASIA, INTERVENCIÓN DE FONOAUDIOLOGÍA EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Lic. Silvina S. Ciardiello, Fga. Adriana De Rossi
Coordinador: Dr. Claudio Goldini

Grupo de Trabajo de Neurotrauma,
Hospital General de Agudos Juan A. Fernández,
CABA, Argentina

Resumen

Las autoras de esta presentación pretenden iniciar al lector en un tema de abordaje complejo, muchas veces mal interpretado por los integrantes del equipo de salud y que origina confusiones que pueden llevar al aislamiento del paciente y comprometer el programa de rehabilitación. La incorporación de la familia en este proceso nos parece crucial porque se trata de la comunicación, proceso interactivo entre equipo de salud-paciente-familia-institución. La incorporación de fonoaudiólogas al equipo interdisciplinario que trata a los pacientes traumatizados de cráneo en el Hospital Fernández nos está esclareciendo muchos aspectos del coma, el despertar, y la evolución de estos enfermos. El lector podrá conocer algunos aspectos históricos de la afasia, las escuelas, las grandes etiologías, las formas clínicas y la forma de participación de esta especialidad en esta patología y en el paciente crítico. Esperamos que sea de utilidad, asimismo estamos a disposición en las direcciones electrónicas mencionadas más arriba.

1. La Afasia

La Escuela Clásica

Con el término “**AFASIA**”, se denomina, genéricamente, a algún tipo de alteración del lenguaje, es decir, a la pérdida de la capacidad de utilizar el lenguaje como medio de comunicación y como medio de representación simbólica por causa de una lesión cerebral. A consecuencia de ello, el sujeto no puede expresarse oralmente o por escrito de manera inteligible, o deja de poder comprender los mensajes que recibe tanto en forma verbal como escrita; o ambas cosas a la vez. El lenguaje está vinculado con numerosas disciplinas, las cuales se han ocupado de él desde múltiples puntos de vista, a saber: neurológico, psicológico, fonoaudiológico, fisiológico, anatómico, lingüístico, y hasta filosófico. Así, muchas son las teorías sobre esta disciplina y sus patologías, las cuales, a menudo se complementan y muy a menudo se contraponen. Lo cierto es que desde hace muchos años numerosos investigadores han estudiado el lenguaje con el fin de hallar una concepción científica que explique la naturaleza fisiológica y fisiopatológica del mismo. Históricamente, Bouillaud (1825) fue el primero en referirse al lenguaje, situando al “Órgano Legislador” de la palabra en los lóbulos frontales o anteriores del cerebro. A partir de allí, comenzó a surgir una Escuela a la que se llamó Localizacionista, y sus mayores exponentes fueron los doctores BROCA, Pierre Paul (cirujano y antropólogo francés, 1824 - 1880) y WERNICKE, Carl (neurólogo, 1848 - 1904). Estos autores sostenían la presencia de CENTROS cerebrales específicos para

cada función cerebral. Dichos centros eran funcionalmente independientes, de actividad exclusiva, y producían las Imágenes de Memoria, las cuales eran estáticas e invariables. Estas imágenes asociadas entre sí, constituían la actividad psíquica. BROCA inaugura el período de la investigación sistemática de las alteraciones del lenguaje, trabajando en el desarrollo incipiente aún, de la neuroanatomía del cerebro. A raíz de una observación anatomoclínica sostuvo que el Centro de la Palabra Articulada estaba en el pie de la Tercera Circunvolución Frontal (1861) A su vez, WERNICKE, investigando también sobre la base del mismo método anatomoclínico, presentó en la necropsia de un paciente que no comprendía la palabra hablada una lesión en la Primer Circunvolución Temporal Izquierda, (1874), por lo cual consideró dicha localización, como el Centro Sensorial. Wernicke aceptó la existencia de imágenes sensoriales almacenadas en la región por él descrita e imágenes verbales motoras almacenadas en el Centro de Broca. Los autores que siguieron esta doctrina constituyeron un período llamado Geométrico o de los Marcadores de Diagramas, pues cada autor solía configurar su propio esquema. Dentro de estos autores, Kussmaul (1881) realizó varias modificaciones interesantes. Una de ellas fue la de multiplicar los centros del lenguaje: dos motores, uno para la palabra y otro para la escritura, y dos sensoriales, uno para la audición y otro para la visión (del lenguaje) Por otra parte, agregó un nuevo centro, el Centro de los Conceptos. Este centro abarcaba toda la corteza y se proyectaba hacia los centros motor y sensorial. El aislamiento de esta unión determinaba las Afasias Transcorticales. Otro médico importante de esta Escuela fue Lichtheim, quien definió teóricamente el método de los localizacionistas de la siguiente manera:

“Se sabe que el habla y funciones conexas tienen vías de inervación nítidas, cuyas vinculaciones se conocen, así como determinada ubicación en el cerebro. Pensamos que este objetivo está resuelto puesto que la interrupción de cualquiera de estas vías se corresponde con un síntoma bien conocido cuyos componentes pueden ser deducidos con la misma precisión como causados por la lesión, como, por ejemplo, se deduce la parálisis de determinados músculos o la pérdida de la sensibilidad cutánea consecutiva a la lesión de determinados nervios periféricos.”

Esta cita es importante por la claridad con que Lichtheim expresa las bases teóricas de la concepción localizacionista, que asimila “centros” y haces de asociación con nervios periféricos, con lo cual asigna “precisión” a la conexión causal lesión – síntoma.

De acuerdo con la Teoría Localizacionista, estos autores describían las siguientes afasias:

Afasia Motriz

Lesión del centro motor del habla

Agrafia

Lesión del centro de la escritura

Sordera Verbal

Lesión del centro sensorial auditivo

Ceguera Verbal

Lesión del centro sensorial visual

En relación con la corteza cerebral, clasificaron a las afasias en:

Corticales

Lesión de los centros propiamente dichos

Subcorticales

Lesión de las vías entre receptores y centros

Transcorticales

Lesión de las vías entre los centros

Con JACKSON, Hughlings (médico clínico inglés, 1835 - 1911), comienza una oposición a estos conceptos localizacionistas y de imágenes de memoria, (1876), al insistir que el lenguaje era una actividad mental y que, aún dependiendo de zonas del cerebro, se lo debía enfocar como un problema psicológico. Esta Escuela Psicológica o Fisiopatológica, negaba la existencia de centros, sosteniendo que, localizar la lesión que determinaba la disfunción no era localizar el lenguaje, y considerando que las funciones cerebrales eran el resultado de la actividad de todo el cerebro. Para este autor, lo más importante era definir Relaciones Funcionales dentro de un sistema complejo como es el del lenguaje, sustrayéndose en lo posible del peso de lo anatómico.

“Un método que está basado en clasificaciones que son en parte anatómicas y fisiológicas y en parte psicológicas confunde los objetivos reales. Estas clasificaciones mixtas llevan a expresiones tales como que una idea de una palabra produce un movimiento articulario. . . No podemos avanzar bien ni con la psicología ni con la anatomía ni con la patología de nuestro tema. Debemos considerar a veces uno, a veces el otro, intentando fijar una correspondencia entre ellos.”

Jackson pretendía demostrar que lo importante era la relación entre funciones y estructuras anatómicas, que daban por resultado una actividad psicológica como la del lenguaje.

En relación con esto último, Jackson produjo un avance importante al considerar que el lenguaje es el sustrato del pensamiento, pues éste se elabora a expensas de la actividad motora del lenguaje

“Visto tanto anatómica como fisiológicamente, afirmamos que los mismos procesos nerviosos corresponden al lenguaje externo como al interno. La diferencia es que la excitación de esos procesos nerviosos al hablarse a sí mismo es tan leve que las corrientes nerviosas que se producen no llegan a los músculos articularios y vocales; al hablar en voz alta, la excitación es fuerte y las corrientes alcanzan esos músculos.”

Esta explicación que nos puede parecer simplista y hasta infantil, fue el primer paso para comenzar a relacionar el pensamiento con el lenguaje, sirviendo de base a las grandes teorías sobre el tema, como la de L. S. Vigotsky, eminente psicólogo soviético, quien en su clásico “El pensamiento y el lenguaje” (1934) explica claramente el proceso de paso del pensamiento a la expresión abierta y el paso de la expresión abierta hacia el pensamiento. Introduce así el concepto de Lenguaje Interior: “En el desarrollo del niño, este extenso lenguaje exterior, que se enlaza con la acción y que ayuda a resolver el problema, poco a poco pasa a emitirse en voz baja para reducirse posteriormente y

formar el lenguaje interior. Precisamente este lenguaje interior, al soportar reducciones ulteriores se convierte en la base de aquel íntimo proceso que en sus formas complejas llega a constituir luego el pensamiento.”Volviendo a la Escuela Fisiopatológica, otro opositor importante a la Teoría de los Centros fue PIERRE MARIE (1853 – 1940) quien en 1906 avanzó contra el localizacionismo reclamando por la validez de los datos anatómicos de Broca y la innecesaria pluralidad de las formas clínicas. El saldo de su crítica fue la necesidad de revisar la doctrina de los centros.

Un aporte importante de Pierre Marie fue la propuesta de un tipo único de afasia frente a la alteración de la Elocución a la que denominó “ANARTRIA” Aunque estos investigadores tuvieron, como hemos visto, una gran importancia en el desarrollo de las teorías sobre las afasias y las teorías del lenguaje y del pensamiento, a la hora de clasificar los diferentes tipos de casos clínicos, no podían más que retornar a los conceptos localizacionistas.

2. La Afasia según el Doctor Juan Azcoaga

Como hemos visto hasta aquí, **clásicamente la afasia es definida como la incapacidad de utilizar el lenguaje como medio de comunicación y como medio de representación simbólica: el sujeto no puede expresarse oralmente o por escrito de manera inteligible, o deja de descifrar los mensajes que recibe en forma de lenguaje hablado o escrito.**

Este hecho fundamental, establecido por las observaciones de Dax, Broca y Wernicke entre otros, ha sido el punto de partida de las investigaciones que desde hace más de cien años han intentado precisar las relaciones que unen a la función del lenguaje a los dispositivos neuronales de la corteza cerebral. Así, el término afasia se utiliza para designar las perturbaciones del lenguaje que resultan de una lesión cerebral que interesa, generalmente, el hemisferio izquierdo.

Desde el punto de vista del Dr. Juan E. Azcoaga, en todos los casos de afasia existe una lesión, y hay una relación entre esa lesión y el Analizador que se encuentra afectado. Es decir, cada cuadro particular de afasia se puede relacionar con el Analizador afectado por la lesión. A pesar de esto, el Dr. Azcoaga no utiliza un criterio localizacionista estricto, ya que a veces, una misma localización se presenta con diferentes cuadros, y estos cuadros además muchas veces pueden combinarse con otras patologías.

Desde esta visión teórica, Azcoaga divide las afasias en tres grandes síndromes: Síndrome Afásico: también llamado Afasia Sensorial o Afasia de Wernicke, en cual se encuentra alterado el código semántico, es decir, la comprensión. Es la alteración de la comprensión del lenguaje (lenguaje interior) y de la organización semántica que responde a una deficiencia de la actividad combinatoria del Analizador Verbal como resultado de una lesión que se exterioriza por síntomas que se corresponden a la descodificación semántica, la capacidad de síntesis de proposiciones y la codificación semántica; por lo tanto hay una desintegración de la codificación y descodificación semántica y de la transcodificación semántico fonológica. El paciente no comprende el lenguaje, y además tiene una jerga, en mayor o menor grado, según la severidad del cuadro. En este cuadro, como mencionamos más arriba, el analizador afectado por la lesión es el Analizador Verbal, y la lesión puede provocar desde la destrucción del analizador, lo cual producirá un bloqueo de la actividad de dicho analizador, hasta una

alteración leve, en los casos de pacientes que tienen dificultad para comprender los aspectos más abstractos del lenguaje, como puede ser el doble sentido o la comprensión de una fábula o de un refrán, etc.

Síndrome Anártrico: o Afasia de Broca, es la alteración de la elocución del lenguaje por un déficit de la actividad combinatoria del Analizador Cinestésico Motor Verbal, por una lesión que compromete los estereotipos fonemáticos y motores verbales. Desde el punto de vista lingüístico es una alteración de la codificación fonológico sintáctica. La lesión afecta, entonces, al Analizador Cinestésico Motor Verbal, desorganizando de esta manera el Sistema Fonológico Sintáctico con diferente grado de severidad: el paciente sólo produce vocalizaciones en el grado de mayor severidad, y en el más leve podrá comprobarse agramatismo sintáctico, disprosodia y leve compromiso de la codificación fonológica.

Síndrome Mixto: aquí se combinan ambos cuadros, es decir Elocución más Comprensión, y en la mayoría de las veces existe un predominio de uno sobre otro; esto dependerá de la localización de la lesión. También encontramos en los Síndromes Mixtos diferente grado de severidad en cada uno de ellos.

3. Etiología de la Afasia

Se pueden distinguir tres principales grupos etiológicos: Los Accidentes Cerebro Vasculares, los Tumores Cerebrales y en el caso que nos ocupa los Traumatismos Craneoencefálicos

Traumatismos Craneoencefálicos (TEC): estos traumatismos pueden provocar lesiones macro-estructurales o micro-estructurales (no visibles por métodos cotidianos de diagnóstico) del tejido cerebral, en este último caso la llamada conmoción cerebral, puede existir pérdida transitoria de la conciencia, los síntomas son transitorios y evolutivos formando parte de un “Estado de desorientación Témpero Espacial” o “Síndrome Confusional” que puede confundirse con una desorganización del lenguaje pero que evoluciona favorablemente en horas o días, Las lesiones macroestructurales conforman la destrucción del tejido cerebral se trata de la contusiones cerebrales las cuales pueden transformarse en hemorrágicas, pueden dar cuadros de síndrome afásico o anártrico si el traumatismo ha lesionado los analizadores del lenguaje. Son generalmente de predominio inhibitorio aunque a veces se puede generar una irradiación desordenada de la excitación. También, como en los tumores, aparecen cambios en la personalidad del paciente. Otras lesiones de importancia son los hematomas generalmente extradurales o epidurales, subdurales y con menor frecuencia subaracnoideos. La instalación de los primeros en el hemisferio izquierdo pueden dar origen a síntomas afásicos de rápido desarrollo. La intervención quirúrgica oportuna, si es necesaria, para la evacuación del hematoma origina una evolución rápida desde el síndrome afásico hasta la curación en pocos días. Esto obedece a la supresión de la inhibición causada por la compresión del encéfalo. La instalación gradual y progresiva de trastornos del lenguaje luego de un TEC, puede indicar la formación y expansión de un hematoma o de una masa expansiva intracerebral.

4. Características del lenguaje en los diferentes cuadros de Afasia.

Las características del lenguaje de los diferentes síndromes serán pues, los diferentes síntomas de tales síndromes. A estos síntomas, Azcoaga los estudia desde la Fisiopatología del S.N.C. ya que son el resultado de esta actividad patológica causada

por la lesión. En un primer lugar divide los síntomas en dos grandes grupos: los inhibitorios y los excitatorios, para luego encontrarlos en los diferentes tipos de codificación y decodificación. De esta manera describe diferentes tipos de síntomas para cada síndrome.

Síntomas Inhibitorios de la Codificación Semántica:

- Lentificación:** pues se lentifica la actividad combinatoria del Analizador Verbal.
- Latencias:** dificultad en la búsqueda de una denominación adecuada.
- Anomias:** no puede dar la respuesta por la pérdida del vocablo.
- Fatigabilidad:** el paciente no puede mantener la atención por mucho tiempo pues se fatigará, y en consecuencia sus respuestas irán empeorando con el paso del tiempo.

Síntomas Excitatorios de la Codificación Semántica:

La insuficiencia de la Inhibición Diferencial Interna lleva a la aparición de estos síntomas. Así se producen desplazamientos en la codificación semántica impidiendo la selección correcta del significado o término. Estos desplazamientos pueden afectar diferentes segmentos o niveles de la codificación semántica:

- **Parafasias Verbales Paradigmáticas:** sustitución de una palabra por otra en el mismo eje paradigmático.
- **Parafasias Monémicas:** cuando sustituye cualquier segmento significativo de la palabra.
- **Parafasias Sintagmáticas:** cuando afecta a todo el sintagma, por Ej.: “cepillo de dientes” por “peine de pelo”.
- **Neologismos:** el paciente sustituye una palabra por otra que no existe.

Estos síntomas se dan por Irradiación desordenada de la Excitación. Veamos ahora los producidos por Inercia de la Excitación:

- **Perseveraciones:** no puede inhibir una determinada información y persiste en esa respuesta.
- **Ecolalias:** el paciente repite continuamente lo que se le dice.
- **Contaminaciones:** el paciente contamina la respuesta correcta con cosas propias.
- **Logorrea:** se refiere a una elocución desordenada y descontrolada con o sin significado.
- **Jergafasia:** es una elocución descontrolada e ininteligible.

Todos estos síntomas de la Codificación Semántica se manifiestan en la Elocución.

Síntomas de la Decodificación Semántica

Estos síntomas se manifiestan en una dificultad en la capacidad de interpretación del lenguaje. Esta dificultad para comprender marca una lentificación en el proceso de decodificación, cuyos Síntomas Inhibitorios son los siguientes:

- **Latencias:** lentificación en la comprensión.
- **Lentificación general de su conducta.**
- **Fatigabilidad.**

Síntoma Excitatorio:

- **Intoxicación por la orden:** el paciente no puede desprenderse de la primera orden que se le dio y continúa contestando a esa orden.

Características del lenguaje en el Síndrome Anártrico Los principales síntomas característicos de la anartria, atendiendo a los procesos fisiopatológicos determinantes son los siguientes:

Síntomas de Inhibición Patológica

- **Agramatismo:** alteración del proceso de codificación fonológico sintáctico. Se trata del síntoma anártrico por excelencia y sus características, en orden de severidad son las siguientes:

- Falta de palabras en la frase.
- Falta de elementos gramaticales.
- Verbos en infinitivo o gerundio.
- Falta de artículos, preposiciones, nexos en general.
- Alteración del orden de las palabras.
- Ausencia de plurales.
- Ausencia de coordinación de género y número
- Ausencia de pronombres reflejos.
- Pérdida de síntesis de fonemas. (da una pérdida de fonemas)
- Latencias: iniciales o terminales.

Síntomas con manifestaciones Excitatorias

- **Parafasias Fonéticas:** por sustitución de rasgos
- **Parafasias Fonémicas:** sustitución de fonemas por otros más simples.
- **Agregados de fonemas de apoyo**
- **Parafasias Morfémicas:** sustitución de segmentos no portadores de significado.
- **Neologismos:** por sustituciones fonológicas múltiples.

Otros síntomas de importancia en el paciente Afásico.

Aunque los trastornos del lenguaje son los que caracterizan a los diferentes tipos de cuadros afásicos, consideramos que el paciente afásico no sólo sufre este tipo de trastornos, sino que se ve alterado globalmente, sufriendo perturbaciones neurológicas, motrices, en su afectividad y en las interacciones laborales, sociales y especialmente familiares.

En cuanto a las perturbaciones neurológicas, algunas de ellas son motrices, por lo tanto el paciente afásico, además de sufrir una incapacidad en la elocución del lenguaje, padecerá frecuentemente de parálisis del brazo y pierna derecha (hemiplejía) o pérdida de sensibilidad de ese lado (paresia), dependiendo esto de la ubicación y severidad de la lesión. En general, los miembros inferiores se recuperan antes y más completamente que los superiores. Los movimientos de la mano son los más afectados y en los cuales el

tratamiento demora más tiempo. Cuando la afasia se acompaña de trastornos motores, el paciente sentirá que los movimientos de su cuerpo son torpes, inhábiles, que no responden a su voluntad. Todo esto determina que por momentos, partes de su cuerpo pueden ser sentidas como no pertenecientes o extrañas a sí mismo. Hay que resaltar la importancia que tiene la recuperación de la mano por su utilidad para las actividades del paciente, ya que se llevan a cabo con ella los movimientos más finos y delicados, de mayor complejidad y dificultad de aprendizaje. Otra perturbación neurológica frecuente es la desorientación témporo espacial, la cual puede durar horas o hasta semanas. Esta alteración está estrechamente relacionada con los traumatismos craneoencefálicos y su duración y severidad depende tanto de la magnitud del traumatismo como de la menor o mayor duración del estado de inconsciencia y amnesia post-traumática. En ocasiones encontramos asociados a los cuadros de afasia, alteraciones visoespaciales como la hemianopsia, la ataxia y la simultagnosia, las cuales agravarán aún más los problemas de lectura y escritura propios del síndrome. Hay casos en los que el paciente no tiene un deterioro lingüístico de la escritura y de la lectura, pero no puede lograrlas correctamente a causa de dichas alteraciones visoespaciales. El paciente afásico podrá tener también problemas en el cálculo y en general, en todas las operaciones lógico-matemáticas, y esto influirá no sólo en la aplicación puramente matemática de estas relaciones, sino también en el entendimiento de las situaciones cotidianas en las cuales tienen lugar el doble sentido, la inferencia, las metáforas, las analogías etc. Es muy frecuente que el paciente afásico presente también alteración de la atención y de la memoria, lo cual agravará aún más el cuadro de trastorno del lenguaje.

Si a esto agregamos la fatigabilidad y, en muchos casos la anosognosia propias del síndrome afásico, veremos la verdadera magnitud de su déficit de comunicación, que supera ampliamente los alcances de su déficit lingüístico. En cuanto a los cambios en la afectividad y en el estado psicológico general del paciente afásico, comenzaremos recordando que la afasia es una enfermedad que por sus etiologías se instala en general de forma brusca. El paciente no va teniendo cambios sucesivos, lo cual le provoca un estado denominado “catastrófico”, ya que es vivido como un impacto, algo incomprensible que se da en forma sorpresiva e imprevista. El paciente se sentirá entonces desorientado, confundido, impotente y encolerizado. A su vez, ya que no tiene posibilidades de expresar sus dudas y todas sus angustias de manera que lo entiendan todos, se siente disminuido, diferente, desvalorizado, y a menudo sobreviene una gran depresión.

Cuando el paciente regresa a su casa, no vuelve recuperado sino que continúa teniendo dificultades para hablar, para comprender, para moverse, y con estos trastornos debe aprender a moverse y comunicarse en su ambiente habitual. Este enfrentamiento le hace más evidente que ya no puede desempeñarse igual que antes y comienza a tomar conciencia de todo aquello que perdió a raíz de su enfermedad. La vivencia de haber sido atacado, destruido, las frustraciones que conlleva la enfermedad provocan muchas veces enojo, hasta el grado de furia que puede manifestarse en agresiones físicas. Así es como muchas veces se sentirá irritable, agresivo, con estados de ánimo variable, y en otros momentos se sentirá triste, con desinterés por lo que lo rodea, etc. Esto configurará una situación general depresiva puesto que se le hace muy difícil enfrentar su nueva realidad.

5. TEC y Fonoaudiología

No es difícil observar luego de la lectura del presente trabajo, la íntima relación de la Fonoaudiología con la sintomatología de los traumatismos craneoencefálicos; por esta razón nos parece fundamental la intervención del fonoaudiólogo en el abordaje interdisciplinario del paciente con trauma cerebral, desde el momento mismo de la instalación del cuadro.

Esta intervención no se termina con la evaluación precoz del enfermo y su presunción diagnóstica, sino que involucra también a la familia del paciente, pues a nuestro criterio, la afasia, y más aún la afasia ligada a un cuadro de traumatismo craneocerebral, no es una enfermedad que sufre solo quien la padece sino que se trata de una “enfermedad familiar”, puesto que su súbita irrupción en el seno de ésta, desencadena reacciones particulares de todas sus integrantes desestructurando de este modo un funcionamiento familiar relativamente estable, y generando conflictos de difícil resolución.

En consecuencia, nos parece indispensable que el abordaje del paciente y su familia esté a cargo de un Equipo interdisciplinario, que deberá estar compuesto por los siguientes profesionales:

Medico neurólogo

Neurocirujano

Psiquiatra

Neuropsicólogo

Kinesiólogo

Psicólogo

Fonoaudiólogo

Musicoterapeuta

Asistente social.

Cada uno de estos profesionales se centrará en los aspectos que le competen, y se realizarán reuniones semanales para integrar y estudiar la información recabada a fin de programar la futura intervención del equipo tanto en relación con el paciente como a su familia.

Con respecto a los fonoaudiólogos, su intervención con el paciente será de suma importancia para detectar posibles alteraciones del lenguaje y su evolución durante los primeros días de internación. Esta intervención podrá comenzar en la unidad de terapia intensiva, observando las posibles reacciones del traumatizado y siguiendo día a día su historia clínica para evaluar la evolución del mismo. Estos datos le serán de gran ayuda para el seguimiento de la recuperación de la conciencia del paciente y de la amnesia post traumática, datos que serán relevantes en la evaluación y pronóstico del posible déficit del lenguaje. Como se puede inferir, es necesario que el fonoaudiólogo esté perfectamente capacitado no sólo en lo que respecta a su campo de acción, sino también en los conocimientos básicos de la clínica, cirugía e imágenes de los traumas craneoencefálicos.

Queremos destacar que en los **casos agudos de la afasia, no se debe realizar ninguna intervención terapéutica**, sino que el fonoaudiólogo se limitará a evaluar al paciente, realizando intervenciones de muy escasos minutos, pero en lo posible con una frecuencia diaria para poder detectar cualquier tipo de cambio en el lenguaje del paciente que indique la eventual presencia de un cuadro afásico y su evolución. En este sentido, ya hemos visto la importancia de la aparición de síntomas afásicos en la

instalación de hematomas y contusiones y el beneficio de su diagnóstico precoz. La afasia es una patología de la comunicación, por lo cual es de suma importancia la participación del fonoaudiólogo en el abordaje familiar del paciente afásico. El profesional del lenguaje debe contener a la familia del traumatizado cuya afasia sea parte de las secuelas producidas por el trauma, explicándoles a sus integrantes el alcance de la enfermedad global del enfermo y brindándoles indicaciones para mejorar la comunicación con él. También debe informarles acerca de la posible evolución del déficit y si será o no un abordaje terapéutico en el futuro. A nuestro entender, recordando nuevamente el carácter de **“patología de la comunicación”** de la afasia, el fonoaudiólogo debe también brindar al resto del equipo las indicaciones necesarias para comunicarse con el enfermo de una manera óptima. De esta forma se evitarán malentendidos que puedan influir desfavorablemente en la recuperación del paciente con un cuadro afásico asociado a un traumatismo cerebral. Creemos, para terminar, que no es posible un seguimiento completo del paciente con traumatismo craneocerebral sin la intervención de un fonoaudiólogo, pues será él quien detecte precozmente posibles trastornos del lenguaje, realizando un seguimiento diario y minucioso del mismo y conteniendo al paciente y a su familia desde los primeros momentos de instalación de la patología. Esta intervención, no muy frecuente en este medio, nos parece de vital importancia para la evolución integral del paciente con un cuadro afásico dentro de la problemática general de un traumatismo de cráneo, ya que tanto el enfermo como su familia estarán mejor preparados para afrontar las consecuencias de una secuela que afecta un aspecto esencial de la vida de la persona: **“LA COMUNICACIÓN”**

6. Abordaje fonoaudiológico de Paciente Crítico

La intervención que realizamos en un primer momento es indirecta ya que como el paciente se encuentra en un estado crítico (generalmente en coma) solo podemos establecer el grado de conexión que tiene con el medio mediante la exploración de la atención tónica, responsable del estado de vigilia y concentración. Esta se relaciona en forma directa con el ciclo de sueño-vigilia responsable del despertar en la mayoría de los casos, o a través de la familia. Este periodo dura desde unas horas hasta algunas semanas; lo más aconsejable es un seguimiento diario, para registrar las anomalías y jerarquizar los síntomas. Los cuidados en esta etapa tienen como finalidad prevenir el aislamiento del paciente, así como también cuidar las presiones de familiares y personal asistencial en cuanto al establecimiento de una comunicación que el enfermo no esté en condiciones de afrontar. Los objetivos generales conciernen a la estimulación del interés por la comunicación, sea esta verbal o gestual y a la restauración del equilibrio de la actividad combinatoria de los respectivos analizadores o de la actividad nerviosa superior en general, a fin de crear condiciones para el siguiente período evolutivo. Específicamente buscamos el reestablecimiento de las condiciones para el aprendizaje, mediante la reducción paulatina de procesos fisiopatológicos, tales como inercia o irradiación desordenada de la excitación o la inhibición. De igual forma buscamos activar la comprensión del lenguaje desde lo sensorceptivo (situaciones concretas no verbales) Las indicaciones generales comprenden aspectos temporales, reconocimiento de sí mismo como así también del grupo familiar y allegados. La exploración diagnóstica del lenguaje, como una de las Funciones Cerebrales Superiores, debe estar en manos de un profesional que se dedica a ello de modo especializado, en este caso los

Fonoaudiólogos.

El proceso de reestablecimiento de las funciones es la aplicación de una secuencia de procedimientos que estén orientados por los objetivos generales fijados en el plan y que deben verse como una actividad dinámica integral. Por consiguiente, las medidas dirigidas solo a la superación de un defecto son inoperantes y, en ocasiones, agravan la situación patológica.

Las lesiones con localización diferente en el cerebro dan lugar, muchas veces, a disociaciones similares de la misma función en su efecto terminal. De ahí la necesidad del análisis neuropsicológico metódico del trastorno y la definición de la desorganización primaria subyacente para precisar su naturaleza y reconocer las.

Bibliografía recomendada

- Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología) Juan E. Azcoaga Ed. El Ateneo
- Introducción a la Neuropsicología Clínica Dr. L. Tamaroff y Dr. R. F. Allegri Ed. - - Libros de la cuadriga.
- Fonoaudiología Psicodinámica Delgado-Mazzoco-Videtta Ed. Universidad del Salvador.

neurotrauma2000@yahoo.com

consultas@goldini.com