

### Introducción

En la clínica de la discapacidad encontramos un abanico muy vasto. Particularmente en este artículo voy a referirme al modo en que una persona puede ingresar al “mundo de la discapacidad en la etapa adulta”.

Hay dos formas: una progresiva y otra abrupta. En la forma progresiva observamos a aquellos pacientes que debido a sus impedimentos físicos se van “discapacitando” circulando en forma paulatina hacia el micromundo de la minusvalía. En este grupo incluimos enfermedades cardíacas, renales, obesidad, colagenopatías, artritis reumatoidea, enfermedad de Alzheimer, tumores cerebrales (secuelas postquirúrgicas).

Existen personas que sufren accidentes a repetición y en un momento determinado quedan afectadas por diversos déficits físicos. Entre los accidentes podemos diferenciar cuatro niveles: domésticos, deportivos, laborales y de tránsito.

Todos sabemos que en la Argentina existe un porcentaje lamentablemente muy alto de jóvenes y adultos que ingresan a la discapacidad con fuerte daño cerebral y severas secuelas sensoriales y motrices como resultado de accidentes de moto y automóviles.

---

También los intentos de suicidio con determinado tipo de producto hacen que los sujetos queden afectados por trastornos neurológicos irreversibles. En estos últimos dos grupos, en la causa aparece un fuerte componente psíquico. Un grupo adicional ingresa a la discapacidad a consecuencia de malas praxis médicas, como por ejemplo, un exceso de anestesia.

En forma abrupta, encontramos los daños neurológicos con secuelas motrices y/o sensoriales de accidentes de tránsito (traumatismo de cráneo) y cerebro vasculares (stroke) que se manifiestan, por ejemplo, a través de la afasia.

### **Presentación global**

En este trabajo voy a hacer referencia a la clínica psicológica de personas con lesión cerebral a consecuencia de accidente cerebro vascular y traumatismo de cráneo.

Es importante reflexionar acerca de qué ha quedado perturbado en sus procesos mentales y en sus estados afectivos y a consecuencia de un importante daño cerebral.

El problema se manifiesta en principio como hecho orgánico, de insuficiencia somática y ello repercute después en lo psíquico.

Como introducción al problema quisiera establecer nexos y diferencias entre lo cerebral y lo mental. Harold Kaplan menciona que el cerebro y la mente comparten una misma organización. Si consideramos que lo cerebral es parte integrante de lo psíquico entonces lo psíquico es requisito para lo subjetivo.

Es importante discriminar entre el sistema neurológico, lo psíquico y lo subjetivo en personas con afección cerebral.

Freud en el Esquema del Psicoanálisis afirma que el núcleo de lo psíquico es la conciencia. La esencia de lo psíquico es la conciencia.

Freud establece una relación entre lo pulsional y el funcionamiento neuronal.

El desarrollo neuronal fue consecuencia de la tentativa de responder a las exigencias pulsionales.

De la unión entre ambos, de la vida pulsional y el sistema neuronal, deriva la aparición de la conciencia y, por lo tanto, de la subjetividad.

Con respecto a la mente la podemos definir como aquello que implica que hay vida afectiva, a la cual se le agregan, memoria y pensamiento: cuando hablamos de pensamiento nos referimos a procesos puramente internos.

Cuando hablamos de memoria, es importante diferenciar entre memoria subjetiva y la memoria aportada por la cultura a través de las palabras. Existen memorias que tienen que ver con nuestras vivencias, o sea, son subjetivas y otras que dependen de lo que aporta la cultura.

Por tal motivo, es importante determinar qué fragmento queda alterado en las perturbaciones neurológicas y qué posibilidades tiene el paciente de suplir o no ese fragmento.

### **Desarrollo del problema**

Sabemos que son varios los caminos que llevan a una persona a la afasia: accidente cerebro vascular, traumatismo de cráneo, tumor cerebral (secuelas postquirúrgicas), enfermedades degenerativas, procesos inflamatorios difusos (encefalitis).

En todas estas situaciones hay algo en común: que la afasia aparece como algo traumático tanto en el afectado como en la familia y amigos.

Por lo general, cuando se piensa en trauma se tiende a suponer que el mismo viene de afuera, es decir, del espacio extracorporal, pero en la afasia, el trauma viene desde adentro, como algo que ha explotado dentro del sujeto, como un estallido interno, muy habitualmente por accidente cerebro vascular.

Este estallido interno es vivido como un estado de violencia que es sufrido desde adentro. Entonces el trauma es interior-exterior. El trauma va hacia el interior quebrando la coraza de protección antiestímulo, la cual aparece vuelta hacia el interior. En la persona afásica se encuentra debilitada y quebrada su coraza de protección antiestímulo y esto genera una serie de reacciones emocionales que van a ser desarrolladas a lo largo de este trabajo.

En los pacientes afásicos evaluados psicológicamente en los primeros tres meses posteriores a la afección, he observado que todo está detenido, no hay nada de acontecer psíquico, funcionan como en automático. Existe en ellos una indiferencia mecánica. El paciente circula entre dormido y despierto. En este momento el trauma barre con todo. Todo trauma es desubjetivante, barre toda energía psíquica, toda subjetividad.

Pero es importante reflexionar acerca de la modalidad subjetiva del afásico previo a su accidente, porque si bien el trauma cambia todo, después poco a poco se va asimilando a lo previo.

Entonces se va integrando el trauma a la modalidad de cada uno.

La familia muchas veces se resiste a recordar como era antes, como contribuyendo a identificarse con el trauma.

La familia dice que la persona afásica está triste y en realidad, se encuentra inmersa en una indiferencia mecánica, casi un automático, la tristeza es de la familia.

Es una etapa en que el paciente está apático, abúlico, embarullado, indiferente y en estado de sopor.

Estos estados afectivos son equivalentes a los sentimientos de las neurosis traumáticas. Al respecto, Henry Krystal, habla de la carencia de palabras para expresar los estados afectivos. Otro autor, Lifton, investigó las neurosis traumáticas en personas afectadas por la bomba de Hiroshima, estudió la vivencia traumática y él habla del estado “numbing”, de estar en el limbo. Tal es el estado de vivencia traumática de la persona afásica en los primeros meses.

Debemos estar atentos en forma preventiva a que la persona afásica no quede fijada a esta situación.

Al respecto, el Dr. David Maldavsky, refiriéndose a las neurosis traumáticas dice que “hay un dolor que no cesa, con una abolición de la conciencia (y de la subjetividad) que deja una fijación duradera”.

Frente a los sentimientos que aparecen como dormidos, los terapeutas tendremos en cuenta cuál es la estructura de personalidad previa a la afasia, para determinar qué aspecto preexistente se está potenciando en esta realidad física, que se introduce como elemento patógeno en el nivel psíquico.

La estructura de personalidad preexistente en esta etapa, la evaluamos a través de entrevistas con los familiares a cargo (pareja, hijos o hermanos) y grupos de amigos.

Entre los indicadores a tener en cuenta en las entrevistas familiares, aparecen los problemas con respecto a la pérdida del poder y la distribución del mismo en la familia y los sentimientos de exclusión rabiosa, es decir, sentirse afuera.

La secuencia que deriva en esta situación, se inicia con la pérdida de todas o algunas de las funciones físicas (lenguaje, motricidad, cognición y capacidades sensoriales), continúa con la pérdida transitoria o definitiva de roles y desencadena finalmente, en la pérdida de poder. Con respecto a esta última, nos referimos no solamente a la pérdida de roles sino también a que en muchas profesiones u oficios las palabras tienen una función de acto ligado con la transformación de la realidad, como si fueran actos. La pérdida de estas palabras genera la pérdida de autoridad.

También encontramos una triada de sentimientos: el aburrimiento, el pesimismo y la apatía.

El aburrimiento corresponde al tipo de dolor por no poder desplegar un afán de venganza, un deseo vindicatorio que implica el desempeño motriz y la palabra como acto. El aburrimiento corresponde a la pérdida de la pasión, de las investiduras apasionadas, no de la pasión en cuanto vínculo sino de la pasión por la vida, ya que todo les da lo mismo.

El pesimismo corresponde al fragmento más ambicioso y más neurótico.

La apatía corresponde más a una descualificación de los afectos y tiene que ver con el desinterés. Dentro de la apatía hay que distinguir la apatía del shock de la apatía de los procesos tóxicos.

La apatía del shock orgánico radica en la inexistencia de la cualificación de los afectos combinada con un estado de shock.

Es una apatía a consecuencia de un estado de agotamiento pulsional por el drenaje energético durante el shock, como consecuencia del trauma.

El paciente casi no siente, está indiferente.

Pero observamos otra apatía: que tiene las características más similares a las neurosis actuales, a los estados tóxicos, son estados de intoxicación. En esta apatía el paciente sabe adonde apuntar. Hay un estado tóxico. Los estados tóxicos pueden derivar de distintos orígenes pero siempre hay una imposibilidad de procesar determinada pulsión. En esta apatía el afásico está comprobando qué ha quedado de sí mismo, “sus deshechos”.

Esta triada de sentimientos la podríamos articular con un concepto de Marión Peruchón de la *desintricación pulsional mayor*, o sea, los efectos desintegrados de la pulsión de muerte, es decir, como se atacan a los procesos de investidura.

Algunas personas afásicas efectúan una retirada de investidura del mundo exterior, que se observa en un desinterés generalizado.

Esta desinversión no es total ya que la persona afásica puede desarrollar un vínculo afectivo positivo, aunque con la condición de que la mayor parte de las veces sean ellos los solicitados, o sea, nos muestran la importancia que para ellos tiene ser convocados porque sienten que la realidad no los ama.

Por lo general permanecen pasivos, no entablan o entablan muy pocas relaciones objetales a su alrededor, lo que nos remite a la función *desobjetalizante* planteada por A. Green en que la pulsión de muerte se aferra con fuerza.

El accidente cerebro vascular deja a la persona afásica con un incremento de sentimientos de culpa, derivados de una migración de la hostilidad en lugar de ser asumida por el yo es dirigida contra el superyo desde el superyo.

Es una forma de ir ligando el trauma dándole una significación.

Un ejemplo de lo que he descrito se manifiesta en una paciente de 55 años afásica a consecuencia de un accidente cerebro vascular que se mostraba asombrada por

sus familiares y amigos que concurrían a visitarla y verbalizaba en forma automática “soy buena, no soy mala, no mala”.

Pero hay un segundo momento que es la aparición de la tristeza, la depresión o como lo denomina Kurt Goldstein “*reacción catastrófica*”: “una especie de constatación de proceso en el plano biológico, un fenómeno depresivo provocado por la percepción que el lesionado tiene de sus propias limitaciones”.

El paciente comienza a conectarse, aparece la demanda. Empieza a salir de ese estado mecánico.

Los estados depresivos están ligados a la autoestima y al sentimiento de inferioridad. Pueden aparecer distintos tipos de llantos catárticos (expulsivos) y comunicacionales. Los llantos catárticos tienen la característica de lo expulsivo, como un intento de desembarazarse del sentir.

Los llantos comunicacionales son un intento de encontrar interlocutores válidos, interlocutores empáticos que puedan acompañar.

Pero hay un tercer momento en que aparece la furia, ya sea escondida bajo la apariencia de la depresión o desenmascarada. Los estallidos de furia corresponden a un pasaje de gran insensibilidad a momentos de gran irritación ante cualquier tipo de estímulo.

Consideramos que los estallidos de furia son uno de los grandes indicadores a tomar en cuenta, ya que la persona afásica está totalmente despierta, conciente de sus déficits pero muchas veces esta furia puede interferir y frenar todo proceso de rehabilitación. Planteo dos tipos de furia:

1. Furia por los estímulos
2. Furia por entender y no ser entendidos



1. La furia por los estímulos. Autores que han investigado acerca de las personas que han vivido un episodio traumático, dicen que después del mismo quedan las personas afectadas con un sentimiento de irritabilidad.

La irritabilidad deriva de que no se ha reestablecido la coraza de protección antiestímulo por factores biológicos y neurológicos.

La furia aparece en el afásico frente a la sensación de que a través de las demandas lo saquen de una especie de microatmósfera de protección en la que quiere quedar encerrado.

En esa furia, el afásico quiere reestablecer algún sustituto de la coraza antiestímulo pero fracasa en su intento. En este momento, se manifiesta un transporte ya que en un principio el impacto se produjo sobre el sistema nervioso, o sea, desde adentro; en cambio en esta furia este impacto se produce ante un estímulo exterior. El estímulo viene aportado desde afuera, desde el mundo, y ahí hay un transporte, hay una proyección. En realidad, en este momento el paciente ya se está despertando, hay intentos de contacto.

2. La furia de no ser entendido tiene que ver con una impotencia motriz, con un dolor rabioso. El afásico no encuentra caminos para expresarse, es como sentirse atada a una silla. Son momentos muy dolorosos en los que es importante ayudarlo y contenerlo.

La discriminación, de estas dos furias, o sea, una como irritación generalizada y la otra como dolor e impotencia, nos permite dar un paso muy importante en el abordaje clínico.

En síntesis, planteo que en las personas afásicas es importante determinar la escala de desmentalización en accidentes neurológicos.

Esa escala varía desde una mínima mentalización expresada a través de estados de sopor, hasta estados de furia.

En los estados de sopor y de apatía, el paciente circula entre dormido y despierto, son estados en los que el paciente está abúlico, embarullado e indiferente. En síntesis, son estados de sopor permanente que borran toda energía psíquica, toda subjetividad.

La otra escala máxima de mentalización son los estallidos de furia y violencia en los que los pacientes afásicos se están despertando.

Tener en cuenta esta escala de mentalización nos hace pensar en distintas modalidades de intervención.

### **Traumatismo de cráneo**

En este grupo de pacientes encontramos además de lo expuesto, una forma de comunicación distinta de lo convencional. Están mudos pero alertas. Usualmente preservan cierto grado de comprensión del lenguaje hablado simple y, de hecho, puede que su conocimiento lingüístico se halle ampliamente intacto. Este grupo de pacientes se comunica a través del movimiento de párpados y de sus ojos, abriéndolos y cerrándolos. En esta afección neurológica encontramos cuadriparesia con importante espasticidad.

También aparece otra forma de comunicación, la que podríamos llamar “voces del cuerpo”, una serie de sonidos no diferenciales entre sí y que no llegan a la palabra, un lenguaje de entrañas. Este lenguaje incluye desde ruidos intestinales hasta otros tales como gargajeos, toses, gases y eructos.

Este lenguaje es más automático, ya que no existe una economía pulsional ligada a valores simbólicos, ni enlazada con cuestiones afectivas. Con estos sonidos el paciente con afección cerebral está más preocupado por ordenar los ritmos intracorporales que aquellos del mundo exterior, estos sonidos intracorporales ponen en evidencia un carácter automático en lugar de un yo. Como no existe subjetividad en estos sonidos, el terapeuta debe tratar de ligarlos con la subjetividad: pasar de lo automático a lo comunicacional.

Para que estos sonidos adquieran significatividad el terapeuta debe encontrar el componente diferencial que los relacione con vivencias corporales, lo térmico, lo gustativo, lo olfatorio. Al respecto, D. Anzieu, se refiere a las envolturas patológicas que constituyen en el paciente una barrera de ruidos incoherentes y de agitación motriz que no garantizan la descarga descontrolada de la pulsión.

También existen ruidos que se relacionan con lo monótono. Esta monotonía puede estar disfrazada por sonidos apagados que aparecen como gritos, ya que muchas veces el paciente tiende a enmascarar la falta de recursos fonológicos con expresiones de gritos que no constituyen una experiencia pulsional.

Frente a estas dos variedades de sonidos, el terapeuta debe estar atento para detectar cuáles de ellos expresan la vitalidad interior.

### **Aspectos contratransferenciales**

Uno de los sentimientos que se despiertan en los terapeutas es el estado de pánico como efecto y angustia identificatoria, me refiero en especial a aquellas situaciones de acceso brusco e inesperado, como por ejemplo, en los accidentes cerebro vasculares o traumatismo de cráneo a consecuencia de un accidente de tránsito.

En estas situaciones el terapeuta puede fantasear el riesgo de verse involucrado en una situación similar a la de su paciente afásico.

Otro aspecto es la desconfianza del potencial del paciente, o sea, la transmisión de su pesimismo al terapeuta a quien contagian dicho estado ligado a la frustración del deseo ambicioso.

La desconfianza desemboca, por parte del paciente, en el impulso de arruinar todo proyecto clínico como un intento de esterilizar ligado con la envidia.

¿Qué sucede cuando se advierte el goce del paciente en arruinar todo? El terapeuta reacciona con una tendencia a hablar e intervenir en exceso. El terapeuta siente que no ha dado lo suficiente y es porque el paciente está en una mezcla entre arruinar y demandar y el analista puede quedar confuso frente a esta situación y una de las manifestaciones de este hecho es el acelere vertiginoso y la entrada a una hiperestimulación sensorial para despertar al paciente afásico para sacarlo del estado de sopor.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que el exceso de estimulación conlleva el riesgo de violentar al paciente lo cual debe evitarse.

También aparecen sentimientos de culpa en el terapeuta por advertir las diferencias y una tendencia a nivelar por lo bajo.

Debido a que estos pacientes experimentan por sus déficits una dependencia, el terapeuta tiende a tratarlos como a niños, infantilizando su relación con ellos y no pudiendo rescatar el rol de adulto que ha quedado alterado.

En síntesis, con lo expuesto resalto la importancia de la evaluación psicológica que toda persona afásica debe experimentar en alguna etapa de su afección con el objeto de determinar si se encuentra en condiciones de ingresar a una psicoterapia de tipo

individual que lo ayude frente a sus reacciones emocionales y fortalezca los tratamientos de rehabilitación física (si se manifestaran resistencias o abatimientos frente a los mismos), lo ayuda a recuperar su rol de adulto abandonando su conducta infantil y a recuperar la dimensión subjetiva al rescatar su intimidad.

### **Bibliografía**

1. CANTIS (1996): "*Intervención psicoterapéutica individual como apoyo al tratamiento de rehabilitación de la persona afásica*". Ponencia presentada en el Tercer Congreso Internacional de Afasia y Cuarta Asamblea General de la Asociación Internacional de Afasia (Würzburg, Alemania).
  2. CANTIS (1996): "*Urgencias psicológicas en los Procesos de rehabilitación*". Actualidad Psicológica (Nº234).
  3. FREUD (1926): "*Inhibición, síntoma y angustia*". Amorrortu Ediciones Vol. XX.
  4. KAPLAN (1997): "*Manual de Psiquiatría*". Ed. Intermédica. Tomo VI.
  5. MALDAVSKY (1993): "*Metapsicología de las neurosis traumáticas*". Revista de Psicoanálisis. Vol. Nº1.
  6. MALDAVSKY (1994): "*Pesadillas en vigilia*". Amorrortu Ediciones.
  7. PERUCHON (1992): "*Vejez y pulsión de muerte*". Amorrortu Ediciones.
  8. PONZIO, LA FOND (1991): "*El afásico*". La Colmena Ediciones.
- SCHWELL (1976): "*Afasia en Adultos*". Panamericana Ediciones.