

Hemiplejía, afasia, neuroplasticidad y arteterapia.

Merche Albillo
Psicóloga. Arteterapeuta.

Recibido: 10/03/07

Aceptado: 25/03/07

RESUMEN

Existe un amplio soporte científico que avala la neuroplasticidad como un recurso que nuestro propio cerebro utiliza para paliar los efectos de una lesión. Una vez que tenemos este conocimiento, el siguiente paso es hacer que sea útil, de una forma tangible, para las personas que han sufrido algún tipo de accidente cerebral. La realidad terapéutica sobre el papel continua bastante alejada, todavía, de la realidad terapéutica de la calle. Los pasos que demos los y las terapeutas, en nuestro trabajo cotidiano, acercarán ambas realidades en la medida en la que seamos capaces de poner al alcance de las personas los medios necesarios para trabajar por su salud. El sistema público de salud tiene recursos limitados, lo cual hace necesario el establecimiento de una relación coste beneficios a la hora de jerarquizar las prioridades terapéuticas, hecho que, en ocasiones, deshumaniza las tragedias personales que viven las personas enfermas y sus familias. Por otro lado, el trato y el tratamiento que reciben las personas mayores, válidas e inválidas, en las instituciones geriátricas, merece una profunda reflexión sobre qué les estamos haciendo a nuestros mayores; ¿Es ético lucrarnos gracias a las miserias y las necesidades asociadas a la vejez, sin hacer nada excepto un buen marketing, para dignificar su existencia?

Conocer la neuroplasticidad como un recurso endógeno que nuestro cerebro nos proporciona en caso de lesión o accidente cerebral; acercarnos a los mecanismos que la posibilitan y conocer las herramientas de las que disponemos como terapeutas para activar dichos mecanismos, son pasos imprescindibles para que nuestro trabajo con personas que padecen algún tipo de afasia o plejía, sea efectivo. Es importante visualizar como el más insignificante estímulo exterior busca un camino, a veces lleno de obstáculos hasta nuestro cerebro e intenta regresar al exterior en forma de acción por senderos a veces rotos. Nuestra obligación, como terapeutas, es ayudarle a encontrar rutas alternativas si es que restaurar el camino original ,se torna imposible. Bebo, mi amigo, me enseñó esto.

Palabras clave: Neuroplasticidad, Afasia, plejía, hemiplejía.

ÍNDICE

Objetivos y estado de la cuestión, Clasificación de las parálisis, Afasia, Neuroplasticidad, Intervención posible desde el arteterapia, Propuesta metodológica, Estudio de caso

Hemiplexy, aphasia, neuroplasticity, Art Therapy

ABSTRACT

There is substantial scientific support for the effectiveness of neuroplasticity as a resource that our cerebrum uses to palliate the effects of a brain injury. Once we have this knowledge, the next step is to make it useful in a real way, to all those persons that have suffered some kind of brain accident. The therapeutic reality that we find on the books is, still, far away from the therapeutic reality that we meet on the street. The steps that we'll take, as therapists, in our every day work, will approach both realities in the way that we are able to facilitate people the necessary means they need to work for their own health.

The public health system has limited economic resources so, it becomes necessary to think over costs and profits in order to establish therapeutic priorities; this fact dehumanizes the personal tragedies that ill persons and their families are living. In the other hand, the way that the geriatric institutions deal with elder and aged persons and the treatment that they receive, deserves a deep reflection. We should think over what we are doing to our elders. Is it ethic to profit thanks to the miseries and the needs of aged persons, without making anything but a good marketing to dignify their living?

To know neuroplasticity as an endogenous resource that our cerebrum brings us to palliate the effects of brain damage; to approach to the mechanisms that make it possible and to know the tools, that we, as therapists, have in order to activate them, are both important questions to make effective our work with aphasic or plegia affected persons.

It is important trying to see how, the smallest external stimulus is looking for a way, many times plenty of obstacles, to our brain and then, when he gets there, he tries to get out again as an action through routes that many times are broken. Our duty as Artherapists is to help him to find alternative ones, just in case that restoring the original ones became imposible. Bebo, my friend show me this.

Key words: neuroplasticity, aphasic, plexia, hemiplejia.

OBJETIVOS Y ESTADO DE LA CUESTION

Antes de profundizar en la cuestión, considero importante reseñar que un porcentaje alto de los contenidos de este artículo, son recopilaciones de aspectos clínicos y neurofisiológicos tomados de las referencias bibliográficas que se apuntan al final, a cuyos autores agradezco su trabajo y remito para un estudio más profundo de las cuestiones planteadas. Mi intención es aprovechar e hilar los conocimientos que nos brindan las personas que han estudiado durante años el sistema nervioso, la conducta humana y sus patologías, nutriéndose, a su vez, de los estudios de generaciones pasadas, en un intento por animar a los y las arteterapeutas a la puesta en práctica de la estimulación temprana con aquellas personas que han sufrido un accidente o lesión cerebral, con independencia de su edad o gravedad aparente.

El objetivo de este artículo es establecer una relación práctica entre:

- Las investigaciones existentes acerca de la capacidad del sistema nervioso de recuperar estructuras y funciones dañadas por medio tanto de un ambiente estimular enriquecido, como por medio de nuevos aprendizajes.
- Los conocimientos sobre las distintas formas en que el lenguaje es afectado por los

accidentes cerebrales a fin de que el terapeuta conozca el daño real que presenta el lenguaje (emisión, recepción, reconocimiento, ideación, etc.) a fin de que su trabajo y su comunicación con la persona afectada de afasia sean efectivos.

- El tratamiento terapéutico que en la actualidad se lleva a cabo con los pacientes afásicos y las potencialidades del arteterapia Además este artículo pretende señalar una realidad que somete a las personas afectadas de hemiplejía acompañada de afasia, no solo al amordazamiento físico, que supone el hecho de estar atado a una silla o una cama sin poder decidir cuando moverte, sino al mutismo forzado, al aislamiento, la indefensión, la ansiedad, el estrés, la depresión y el miedo.

Actualmente existe mucha bibliografía referente al síndrome afásico, mucha investigación experimental en relación a la capacidad del sistema nervioso tanto central como periférico, para regenerar terminaciones nerviosas dañadas o estimular la creación de nuevas terminaciones nerviosas en células adyacentes a las dañadas, que suplan las funciones del área cerebral lesionada. Sin embargo, al trasladarnos a la realidad terapéutica que viven las personas afectadas de hemiplejía con afasia, resalta el hecho de que se presta atención a su rehabilitación en función de su pronóstico (que en ocasiones se convierte en una condena) y priorizando en todo caso la fisioterapia y la logopedia (con matices), quedando los aspectos emocionales y cognitivos fuera del abordaje terapéutico común. Evidentemente ninguna de estas afirmaciones es categórica, pero sí responden a lo que se evidencia en la sanidad pública actual.

En el tratamiento específico de la afasia, las terapias existentes se basan en técnicas de facilitación y estimulación; algunas de ellas utilizan técnicas pedagógicas más específicas. La terapia más innovadora que ha aparecido últimamente es la “terapia de entonación melódica”, que tiene en cuenta el hecho de que las personas afásicas suelen tener la capacidad de cantar palabras y frases aunque presenten importantes déficits en las palabras habladas. Se instruye a las personas afásicas para que canten las frases que quieran producir y después se intentan transferir a un patrón de habla no melódica. Otras aproximaciones terapéuticas utilizan instrumentos musicales, al fin y al cabo el lenguaje musical es lenguaje al fin y al cabo.

CLASIFICACION DE LAS PARÁLISIS

Existen dos tipos de motilidad: la que concierne al tono muscular, (estática) y la que concierne al movimiento. Esta implica los movimientos del cuerpo que, a su vez, pueden ser voluntarios o involuntarios. La pérdida de la movilidad voluntaria puede ser total, denominándose plejía, o puede ser parcial cuando solo existe una disminución de la fuerza muscular o de la amplitud de los movimientos, en este caso se denomina paresia.

Dentro de las plejías hablamos de hemiplejía si el trastorno afecta a una de las dos mitades contralaterales del cuerpo; hablamos de paraplejía cuando la pérdida de movimiento afecta a las dos extremidades inferiores y de diaplejía cuando afecta a las dos extremidades superiores. Hablamos de monoplejía cuando la parálisis solo afecta a un miembro y de plejía aislada cuando solo afecta a un músculo o a un grupo muscular

AFASIA

La afasia es un trastorno del lenguaje producido por una lesión. Las lesiones que originan la afasia son de carácter local. No hay acuerdo sobre la descripción de la naturaleza de la afasia ni sobre qué trastornos del lenguaje deben considerarse como afásicos. Los síndromes

afásicos, es decir el conjunto de síntomas afásicos, pueden ser corticales o subcorticales. Los síndromes afásicos son muy variados, en la investigación con personas afásicas prima el estudio de caso único ya que cada persona presenta unas características determinadas. Comprender estas características particulares es prioritario para que el terapeuta pueda hacer un trabajo adecuado. Hay muchos tipos de afasia y las categorías que conforman no son cerradas ni excluyentes. En la Afasia Anómica se da dificultad en “encontrar” palabras, aunque la comprensión y la capacidad de repetir palabras sean normales. En la Afasia Bilingüe se da una perturbación del lenguaje a consecuencia de una lesión cerebral que implica a dos lenguas. La Afasia Cruzada. es un tipo de afasia extremadamente raro, causado por lesión del hemisferio derecho en individuos diestros. La Afasia de Broca, también llamada Afasia Cortical Motora o Afasia Expresiva, se caracteriza por una producción de un lenguaje entrecortado y agramatical a causa de la lesión del área de Broca. La Afasia de Conducción es un trastorno del lenguaje que conserva intacta la comprensión, pero empobrece la repetición del lenguaje hablado, se relaciona con lesión de las vías que conectan el área de Wernicke y el área de Broca. En la Afasia de Jerga, el lenguaje resulta casi ininteligible debido a la sustitución de palabras inadecuadas. La Afasia de Wernicke también llamada Afasia Sensoriocortical se caracteriza por un habla fluida, pero sin sentido y escasa comprensión del lenguaje. La Afasia Global supone la pérdida de casi toda la capacidad lingüística como resultado de la destrucción del área lingüística perisilviana. En la Afasia Motora Subcortical, el área de Broca esta desconectada de la corteza motora primaria. La Afasia Motora Transcortical es parecida a la de Broca pero se retiene la capacidad de repetir. La Afasia Paroxísmica está provocada por epilepsia y es reversible cuando se pasa el ataque. La Afasia Sensorial Transcortical es parecida a la de Wernicke, pero se mantiene la capacidad de repetir. En la Afasia Sensoriosubcortical o Sordera Léxica Pura la persona no reconoce los sonidos de la lengua, materna. En la Afasia Transcortical Mixta, solo se mantiene la capacidad de repetir. Se denomina Afasia Transcortical a cualquier tipo de afasia que conserve la capacidad de repetir.

Las áreas cerebrales del lenguaje no son compartimentos aislados, sino que interactúan con las áreas motora, visual y auditiva cercanas. Además las distintas áreas del lenguaje, como el área de Broca (Producción de un lenguaje entrecortado y agramatical) o el área de Wernicke (habla fluida, sin sentido y escasa comprensión del lenguaje.), también se comunican entre ellas.

De las distintas lesiones en las distintas interconexiones entre las diferentes áreas implicadas en el accidente cerebral, así como las lesiones de las interconexiones entre distintas áreas del lenguaje como la de Broca y la de Wernicke, resultan los distintos síntomas afásicos (p.e poder entender, pero no repetir, no poder reconocer un objeto, entender el lenguaje pero no poder formar palabras con sentido, etc.) Entre los problemas añadidos a la propia patología, coexiste la creencia tradicional de la que todavía no nos hemos deshecho, que asocia la falta de lenguaje con la falta de pensamiento racional. Todavía hoy, en algunos hospitales psiquiátricos existen personas ya ancianas que fueron ingresadas en ellos de niños por trastornos del lenguaje.

El lenguaje tiene distintos aspectos como son la articulación vocal, la fluidez verbal, la repetición de palabras, la comprensión de lo que oímos, la anomia, al agramatismo y la parafasia. Si tenemos en cuenta este desmenuzamiento del lenguaje en facetas, es fácil llegar a la conclusión de que el fallo en una faceta, no implica el fallo en otra u otras, y de ahí, es

fácil desterrar la idea de que el fallo en la verbalización implica un fallo en la comprensión, en la ideación o en el pensamiento abstracto. El caso del hermano John, ha ayudado a comprender esto. El hermano John sufría, esporádicamente, ataques que le producían pérdida del habla, de la comprensión y de la capacidad de leer. Lacours y Joannette, cuentan como el hermano John sufrió uno de estos ataques durante un viaje en tren de Italia a Suiza y, a pesar de no poder hablar, leer, ni comprender, el hermano John fue capaz de bajarse en la estación correcta ir a un hotel, cambiar de hotel cuando tuvo problemas con la reserva y encargarse de la comida en un restaurante por medio de gestos.

NEUROPLASTICIDAD.

El accidente vascular o lesión cerebral causan la lesión de una zona determinada del cerebro. (Infarto, derrame o traumatismo.)

La neuroplasticidad supone que las neuronas adyacentes al área dañada desarrollan terminaciones nerviosas que reestablecen, parcialmente, las funciones interrumpidas. Dependiendo del lugar en el que las terminaciones nerviosas hallan sido dañadas pueden o bien regenerarse, o bien, inducir la muerte de la neurona de la que parten. Si se regenerasen, las neuronas originales una vez recuperadas volverían a asumir sus funciones; si mueren las neuronas adyacentes que hayan asumido las funciones del área lesionada, continuarían haciéndolo.

La plasticidad cerebral supone que a pesar de la lateralización cerebral, las estructuras cerebrales se presentan por duplicado en ambos lados, por lo que ante la lesión de una estructura, su equivalente contralateral asumiría la función dañada.

Evidentemente, todas estas posibilidades están sujetas a muchos factores que pueden condicionar el éxito de la recuperación: La recuperación es más efectiva cuanto más joven es la persona. La intensidad de la lesión condiciona las posibilidades de recuperación. La causa de la lesión también es determinante; un traumatismo craneal tiene un mejor pronóstico que un accidente vascular.

La experiencia tras la lesión es de vital importancia para la correcta recuperación de la función dañada: un ambiente estimulador rico facilita el ejercicio cerebral. La atención emocional adecuada a la persona con hemiplejía y afasia evita la comorbilidad con patologías que afectan de forma decisiva a la motivación y la energización de la persona, principal responsable de su recuperación (p.e. depresión, anhedonia, abatimiento, ansiedad, etc.)

Es de vital importancia localizar el “punto de muerte”, cuando la persona se rinde y se deja ir.

INTERVENCIÓN POSIBLE DESDE EL ARTETERAPIA.

El arteterapia puede trabajar con las personas afectadas de hemiplejía con afasia de cuatro formas:

1. Ayudando a recuperar las funciones motoras y lingüísticas perdidas, por medio de la facilitación y la estimulación de la regeneración de las terminales nerviosas dañadas y/o la creación de nuevas conexiones que colaboren en el restablecimiento parcial dichas funciones. (Neuroplasticidad)
2. Facilitando nuevos aprendizajes que palien del daño causado por la pérdida de las funciones motoras y lingüísticas.
3. Sirviendo como herramienta de comunicación, al constituirse como un lenguaje nuevo al alcance de la persona con afasia que le permita romper el mutismo, la

inmovilidad y el aislamiento comunicativo al que las personas afectadas de hemiplejia con afasia se ven sometidas.

4. Proporcionando atención a los aspectos cognitivos y emocionales de la persona que no suelen priorizarse en el tratamiento de esta patología.

El arteterapia ofrece la posibilidad de trabajar desde las artes visuales, la danza, la música y la lectura. La música puede ser además, un vehículo a través del cual la persona pueda canalizar su emotividad. La danza puede ayudarle a reencontrarse con su cuerpo y a estimular los movimientos favoreciendo la plasticidad neural y funcional a través de la estimulación. Las artes visuales estimulan las áreas visuales del lenguaje, incitan al cerebro a reconocer imágenes, a poderlas nombrar y a conseguir crear o reproducir imágenes, aunque sea a través del reaprendizaje o del modelado de nuevas conductas. La lectura, aunque sea llevada a cabo por el terapeuta estimula las áreas visuales del lenguaje, además de proporcionar a la persona una posibilidad de abstraerse y distraerse.

Además no es menos importante el aspecto lúdico del arteterapia, donde la música, el color, las texturas, el propio cuerpo y el entorno circundante son elementos de juego y de comunicación

7. PROPUESTA METODOLÓGICA

Lo primero es atender a su necesidad más acuciante: expresarse. Es importante dedicar la primera parte de la sesión al encuentro y a la comunicación personal. El tacto es un recurso útil, podemos crear un código “Morse” por medio de apretones de mano para responder preguntas y expresar deseos. Una primera parte de la sesión se dedicará a indagar sobre el estado anímico y físico de la persona y a facilitar la expresión de sus miedos o angustias.

El trabajo de la empatía es fundamental. Si la persona percibe que el/la terapeuta cree en su recuperación, ella también creará y habremos recorrido una parte muy importante del camino. Es muy importante cuidar el abordaje de los éxitos y los fracasos; al principio habrá principalmente fracasos aparentes. Es responsabilidad del terapeuta transmitirle a la persona que el hecho de que hoy no haya conseguido agarrar el bote de pintura o producir un sonido no significa que en su cerebro no se haya realizado un avance. Los objetivos que se plantea el terapeuta son grandes; los que se le planteen a la persona deben ser de dos tipos: por un lado, suficientemente motivadores a largo plazo y por otro, deben ser realizables a corto o medio plazo. Cada pequeño logro supone un tremendo esfuerzo físico y emocional para la persona, pero como contrapartida, le inyecta mucha energía y consolida su creencia en la recuperación. El modelado es una herramienta imprescindible en las primeras etapas de la terapia, ya que en estas el objetivo prioritario es recuperar un nivel básico de funcionalidad a partir del que poder trabajar. El arteterapeuta a la vez que ayuda a volver a aprender, a moverse o a utilizar las manos, a dibujar, a modelar o a cantar, permite que la persona tenga conciencia de estar expresándose, de estar contando cosas. El tener la llave de casa te tranquiliza, aunque no vayas a entrar en ella, de la misma forma el tener una herramienta de comunicación les tranquiliza tremendamente aunque tengan que aprender a usarla. A lo largo de las sesiones se utilizará de forma adecuada el refuerzo positivo, la sensación al acabar la sesión debe ser de éxito. Él o la terapeuta debe también proporcionarse su propio espacio y su propio apoyo, porque al acabar la sesión, irse y dejarles inmóviles y mudos es muy duro.

Por tanto, desde las investigaciones sobre los accidentes vasculares, la afasia, las posibilidades reales de la plasticidad estructural y funcional del cerebro, y desde las necesidades reales de atención a la salud cognitiva y emocional de las personas afectadas de hemiplejia con afasia, reitero la oportunidad de un enfoque terapéutico ecléctico, que aún dando importancia a aquellos aspectos conductuales que promuevan el restablecimiento de los procesos mentales perdidos a través de la estimulación conductual y viceversa, no desatiendan la terapia personal centrada en la persona y en la búsqueda de su estabilidad emocional.

8. ESTUDIO DE CASO

BEBO iba cantando por la calle: “y aunque tu me has echao en el abandono. Aunque tú has muerto mis ilusiones, en lugar de maldecirte con justo encono, en mis sueños te colmo, en mis sueños te colmo de bendiciones...” Iba pensando en como su madre cantaba “lágrimas negras” hace muchos años, cuando él era un niño. Iba mirando al cielo con su espíritu libre flotando sin problemas a través del tiempo; por eso no vio el bordillo y se cayó de narices contra el suelo. Muchas veces nos hemos reído juntos de la escena.

Bebo participó en las sesiones de arteterapia que se llevaron a cabo el otoño de 2005 en las Aulas de Mayores de Excmo. Ayto de Palencia. Las sesiones fueron semanales de dos horas de duración. Se estructuraban en tres partes; la primera centrada en la presentación del tema y la motivación, la segunda se dedicaba a la realización de la propuesta y la última parte la dedicábamos a llevar a cabo una puesta en común. Los objetivos se centraban en la mejora del autoconocimiento, desbloqueo de la creatividad, mejora de la comunicación, mejora de la expresión plástica y verbal y en la potenciación de la participación, la tolerancia y el respeto como objetivos generales.

Paralelamente realicé una indagación sobre la forma en que sus condiciones educativas y afectivas en la infancia, marcadas por la guerra civil y la posguerra, determinaron su forma de percibir y de expresarse tanto cognitiva como emocionalmente.

El resultado fue muy enriquecedor tanto en el desarrollo de las sesiones grupales como en las aportaciones personales de cada persona. En relación a mi indagación, concluí que el ambiente afectivo de la infancia de los niños de la guerra fue rico, a pesar de que el lenguaje emocional era distinto al actual y había también, al igual que ahora gran variabilidad entre las familias.

Los registros utilizados fueron demasiado complejos, ambiciosos y poco realistas. Por esta razón los deseché para sucesivas terapias, optando por un tipo de registro gráfico más conciso y práctico a la hora de detectar posibles factores en los que intervenir.

Aquí se detalla el trabajo de Bebo en las sesiones de arteterapia antes del accidente cerebral: Ha superado una profunda depresión gracias al apoyo social que ha recibido en el taller de pintura. Llega contento al taller. En su ficha de expectativas escribe: “Aprender alguna cosa nueva y beneficiosa para mí y el resto del mundo. En las sesiones disfruté con el proceso, sonreía y estaba contento. Trabajé con ganas. Para él su inicial es una mujer con un bebé o con su amor”:

Se va a la Luna con una guitarra, un cantante, árboles, un caballo para andar por la Luna y un “tururú” de Semana Santa. Cuando ve que en la Luna no hay árboles decide bajarse al Sol donde hay una señorita para que le coja del brazo y le ayude a caminar. Recuerda como de niño estaba jugando al fútbol fuera de la escuela. El portero utilizaba las chaquetas

para marcar la portería, otro amigo corría con el balón y él vio un papel de periódico tirado en el suelo; entonces corriendo se lanzó a darle una patada y se encontró con que debajo del periódico había una piedra, de unos tres kilos. Se dio un tremendo golpe contra la piedra y la uña del pie se le puso negra y hasta el día de hoy no ha conseguido que la uña volviese a estar bien. Cuenta su historia con aire divertido. Interviene también al hilo de las historias de otros compañeros. Cuando Juan habla de su miedo a ahogarse, él cuenta una experiencia similar. Con las distancias interpersonales reacciona como los demás. En su historia de la guerra cuenta: *“Soy vuestro amigo BEBO. En el año 1936, próximo a cumplir los 10 añitos, yo vivía con mis padres en un pueblo próximo a Palencia en el que mi padre era cabo de la Guardia Civil de profesión. Al estallar la guerra en el mes de Julio, yo apenas noté ningún acontecimiento muy señalado (era pueblo tranquilo); lo que sí más me impactó fue el ver una camioneta con algunos militares o individuos parecidos que llevaban escopetas o fusiles y daban voces para mí, extrañas o desconocidas. Pasaron de largo con dirección a Autilla del Pino, pero en mi pueblo, no hubo ningún enfrentamiento como en otros pueblos que al parecer, hubo muertos o fusilados, según me han contado. La vida allí seguía igual, a la escuela y a jugar, al balón que se decía entonces, al aro, a cazar pájaros con el tira gomas, buscar nidos o jugar a la peonza y algunas veces una paloma que no venía mal para que la madre la echara en el cocido. También iba a la era de mi amigo Aquilino que me dejaba montar en el trillo y en el caballo. Con todas estas cosas y mi edad, yo no me enteraba bien qué podía ser aquel acontecimiento. Al mes siguiente mi madre me trajo un hermanito. A mi padre le llevaron a la guerra por su condición de militar y aquello para mí fue el palo más fuerte. Siguieron los años pero con muchas privaciones. La vivienda era tercimundista, no había ni retrete. El agua había que traerlo de la fuente en cántaros. Tuve un gran amigo que le llevaron al frente a 1ª línea por negarse a fusilar a dos palentinos conocidos (el Maño y el padre de la Marinita). Este amigo era mi padre. Este mismo amigo consiguió que en Autilla no fusilaran a varios (ésto me lo han contado hombres mayores del pueblo) y así pasaron los años y pasamos mucho hambre y penalidades...”* hasta aquí pudo Bebo contar porque su voz se ahogaba con las ganas de llorar.

Nos habló de que a veces no se gustaba demasiado a sí mismo por que dice que “todo le afecta mucho”. Cualquier cosa mala que le pase a alguien, él sufre mucho. Tanto yo como el resto del grupo positamos el poseer sensibilidad, porque ellos también te proporcionan ocasiones únicas de disfrute. Fue muy valiente al hablar de sus sentimientos y fue muy reforzado por el grupo.

Tuvo que hacer de vecino enfadado en un sociodrama y manifestó un poco de ansiedad ante la tarea de tener que representar al vecino enfadado, no va nada con su carácter, pero enseguida se metió en el papel y lo hizo bien. Cuando dibujó a “esa persona que nos hace daño”, parecía por su expresión facial estar vivenciando cada uno de los momentos del proceso de dibujo, tachado y ruptura del personaje negativo que en este caso era el casero y administrador de su casa que cada día les exigían más y más dinero por más y más reformas que Bebo considera innecesarias.

Habló de su infancia en el pueblo, donde un vecino le subía al tractor, de los juegos de niño, de su primer coche, un Topolino destartado, de sus primeras novias y al acercarse a la actualidad se dibuja con cachaba y al lado de un ataúd. El se ríe y dice que es el próximo paso a dar.

Seis meses después de terminar la terapia, Bebo sufre un accidente cerebral en el lado

izquierdo de su cerebro que le afecta al movimiento y al lenguaje, causándole una hemiplejia en la parte derecha de su cuerpo y una afasia global.

A partir de ese momento comienza la otra vida de Bebo. Tras quince días de hospitalización, el pronóstico médico es que no volverá a mover la parte derecha de su cuerpo, por lo cual no le recomiendan rehabilitación fisioterapéutica. Tampoco en primera instancia consideran de utilidad la visita a la logopeda.

A parte de la inmovilidad, el silencio, el estrés, la ansiedad, el miedo y la indefensión Bebo se asusta cuando ve que al salir del hospital no regresa a casa sino que le llevan a un sitio extraño, rodeado de extraños, donde él no puede moverse ni hablar y son los otros los que deciden cuando bebe, cuando orina, cuando tiene calor o frío. Al llegar la noche le desvisten y le manipulan como un saco de patatas, el personal de la residencia es escaso, las jornadas muy largas, las personas a las que atender muchas y no tienen tiempo para delicadezas.

El desconcierto no es solo para Bebo, su mujer y su familia no saben que hacer, algún familiar comenta, “para que se quede así es mejor que...”. No sé lo que pensarán las personas que sufren este tipo de accidentes, habrá algunas que prefieran la muerte, pero la realidad es que aún no están muertas, Bebo no estaba muerto, Bebo sigue estando allí amordazado y atado a la silla.

Durante los quince días que estuvo hospitalizado, Bebo fue capaz de reconocer a todas las personas que iban a verle, pero no era capaz de producir sonidos, ni de mover el lado derecho de su cuerpo. El entorno familiar pareció asumir la antigua creencia de que al no poder hablar, no podía oír, ni pensar y eso contribuyó a acrecentar la incomunicación y el estrés de Bebo. Mi trabajo con Bebo fue el siguiente: Desde el primer día establecimos un código Morse a base de apretones de manos con el cual, él podía decirme “sí” o “no” ante preguntas que yo le hacía para indagar sobre su estado físico y emocional, buscando tranquilizarle y motivarle para salir adelante. El contacto visual, las sonrisas y una actitud positiva le retroalimentaban y al ver que yo estaba tranquila y confiaba en su recuperación, él se animaba y estaba dispuesto a colaborar en todo. Al darle el alta hospitalaria, y comunicarle que iba a ir a otra residencia, sus ojos se oscurecieron. Las explicaciones que le dio su familia no fueron para él lo suficientemente convincentes y no entendía porqué no podía volver a casa.

Le pregunté si quería que le hiciese un teclado como de máquina de escribir para que él pudiera decirme lo que quisiera. Me contestó que sí. Le prometí que al día siguiente iría a verle a la residencia y se lo llevaría. Al día siguiente fui a verle, su cara se iluminó al ver el teclado. Se lo colgó del cuello y no se separó de él día tras día. Me senté a su lado y comenzamos a trabajar con el teclado. Él sonreía, pero era incapaz de reconocer las letras, las palabras o las imágenes.

Ahí comenzó mi necesidad de comunicarme con él, él sonreía y me miraba agradecido por haberle llevado lo que le había prometido. El teclado en sí fue terapéutico, pero solo porque era el clavo ardiendo al que Bebo quería agarrarse. A partir de ese momento fui a verle tres veces por semana y lo primero que hacíamos era hablar, con nuestras manos, nuestras sonrisas. Yo le hacía todas las preguntas que pudieran darle pie a expresarme con un gesto o un apretón en la mano aquello que le preocupaba o le angustiaba, después intentaba motivarle, darle esperanza y hacerle ver que yo iba a estar a su lado, que no me iba a ir, pero que, el que tenía que pelear era él. Y él, estaba dispuesto.

En cada visita trabajamos la pierna y el brazo derecho. En la residencia le llevaban al

gimnasio y tras unos días había comenzado a mover el pie, la mano no la ejercitaban así es que empezamos nosotros por nuestra cuenta.

Al principio yo le pedía a Bebo que intentase alcanzar mi mano, luego que la intentase apretar. Los primeros días Bebo apretaba todos los músculos de su cara, el sudor le resbalaba por la frente y su mano no se movía, pero cuando yo le felicitaba por el esfuerzo Bebo me sonreía y ponía cara de resignación y un día, después de sudar un rato, las puntas de sus dedos se movieron y pudo desplazar unos milímetros su mano hacía mi: la conexión se había hecho.

A partir de ese momento el progreso fue más rápido, las conexiones se hacían más rápidamente, la plasticidad estaba funcionando. A las pocas semanas Bebo subía el brazo a la altura de su oreja, lo podía mantener unos segundos, aguantando el dolor y lo dejaba caer sin golpearse. Paralelamente sus piernas de quijote derrotado se iban poniendo un poco más firmes.

Para mí, fue importante trabajar el aspecto motor, porque caminar abría ante Bebo tantas posibilidades que la sola idea de darse un paseo bajo el sol y volver a casa junto a su mujer, le llenaba de energía.

Al acabar el trabajo físico comenzábamos a repasar el tablero. Yo intentaba estimular la pronunciación de las vocales y las consonantes modelando la forma de los labios y el sople de aire. Teníamos previsto que visitara a la logopeda, pero habrían pasado para entonces cinco meses desde el accidente, así que teníamos que ir ganando terreno. Aquí los avances no fueron tan llamativos y me alegraba la perspectiva de que le viera pronto la logopeda. A final dibujábamos. Donde quiera que fuese Bebo se hacía colocar encima de sus rodillas, el teclado y las pinturas.

Trabajamos con pinturas de cera y la intención era generalizar los logros conseguidos en el área motora al área del lenguaje. Había que estimular las áreas del lenguaje por medio del teclado y por medio del dibujo, al fin y al cabo los dibujos son símbolos y los símbolos configuran el lenguaje. Aquí comenzamos un trabajo de modelado que avanzaba bien. En unas primeras tareas yo pedía a Bebo que repitiese lo que yo hacía.

Comenzamos con series de grupos de rayas aumentando progresivamente el número de rayas por grupo, y constatando que Bebo era capaz de contar subvocalmente, ya que imitaba correctamente el número de rayas, aunque la ejecución del trazo era pobre.



Otra tarea consistía en pedir a Bebo que dibujara círculos que yo hacía uno a uno, despacio para que él me imitase. El trazo era pobre, pero no debemos olvidar que siendo diestro estaba realizando la tarea con la mano izquierda.

Al cabo de unos días le dije “Vamos a dibujar un árbol”. Bebo era pintor, así que esa idea le encantó. Primero dibujé yo el árbol y luego le pedí que siguiera mi dedo con la pintura para hacer el contorno del árbol. Lo hizo con mucho esfuerzo. Al día siguiente no podía reconocer el árbol. Tendríamos que trabajar el reconocimiento de objetos, estimulando el área visual del lenguaje.



También hacíamos puzzles con las formas geométricas simples que Bebo era capaz de aprender y mejorar su ejecución, pero que también olvidaba con facilidad. Solo llevábamos por aquel entonces dos meses trabajando. Teníamos lo más importante, las ganas de Bebo. Celebramos su cumpleaños y el día al irme al anochecer arrugó sus labios para que le pusiera mi mejilla, me besó y al día siguiente sufrió un derrame del que ya no despertó. Haber hablado de Bebo me parece importante porque fue un ser humano maravilloso y sus últimos meses fueron una pesadilla para él. Porque algo en mí, me dice que quizás, si no hubiese pasado tanto miedo y tanto estrés, quizás, no se hubiese repetido el accidente cerebral, y ahora estaría caminando bajo el sol de camino a su casa, al lado de su mujer de la que estaba enamorado. Me parece importante porque creo que los resultados de las investigaciones deben ponerse al servicio de quien las necesite y porque la relación de costes-beneficios que marca la economía de un país, a mí, a veces, no me convence. Creo que Bebo se merecía un fisioterapeuta, un logopeda trabajando con él desde el primer momento posible tras la lesión. Con independencia de su edad era un ser humano rico con gente a la que amar y que le amaba.

Desde un primer momento el arteterapia le ayudó, porque al agarrar con fuerza las pinturas ya se estaba comunicando, porque cuando elegía los colores, se estaba comunicando y cuando trazaba sus rayas, sus círculos y las copas de los árboles, se estaba comunicando.

Nos faltó tiempo.

Bibliografía

- BELLOCH SANDÍN Y RAMOS (1995). *Manual de psicopatología*. McGraw Hill.
- BERKO GLEASON, Jean. NAN BERNSTEIN RATNER(1999). *Psicolingüística*. McGraw Hill.
- CAZAYUS, Paul (1981). *La Afasia: desde el punto de vista del psicólogo*. Paul Cazayus. Versión del francés de Diorkr
- CORRAL, GUTIÉRREZ Y HERRANZ. (1997). *Psicología evolutiva*. UNED.
- CURTIS BARNES. (1995). *Invitación a la biología* Editorial médica Panamericana.
- FINGER, S., Y STEIN, D. G.(1982). *Brain damage and recovery*. New York: Academic Press.
- LEIMAN, Arnold (1992). *Psicología fisiológica*. McGraw Hill.
- LURIA, Aleksander Romanovich (1978). *Cerebro y lenguaje: la afasia traumática, síndrome, exploración y tratamiento* A.R. Luria
- MANNING, Lilianne (1992). *Introducción a la Neuropsicología clínica y cognitiva del lenguaje: Teoría, evaluación y rehabilitación de la afasia*. Lilianne Manning
- ROSENZWEIG, Mark (BERKO GLEASON, Jean. NAN BERNSTEIN RATNER (1999). *Psicolingüística*. McGraw Hill.
- SACKS, Oliver (2005) *El lenguaje de Patricia*. EPS.
- STEPHEN M. STAHL.(1998). *Psicofarmacología esencial*. Ariel Neurociencia.
- VADEMECUM INTERNACIONAL. MEDICOM. www.medicom.es.
- VILLANUEVA, Víctor José (2002) “La motilidad”. *Revista de postgrado de la VI Cátedra de medicina.-Nº 118”*.
- WYNGAARDEN J.B., L.H. SMITH. *Cecil Tratado de Medicina Interna*. 16ª edición. Interamericana.