

ESCUELAS GIMBERNAT CANTABRIA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN LOGOPEDIA

CURSO 2022 – 2023



**COMPARACIÓN DE DOS INTERVENCIONES LOGOPÉDICAS EN
PACIENTES BILINGÜES CON ANOMIA POST-ICTUS: PROTOCOLO
DE ESTUDIO**

**COMPARISON OF TWO SPEECH THERAPY INTERVENTIONS IN
BILINGUAL PATIENTS WITH POST-STROKE ANOMIA: STUDY
PROTOCOL**

AUTORA: ANAÏS ZUMALDE

DIRECTORA: ANA POZUETA CANTUDO

01/06/2023

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Por medio de la presente, yo ANAÏS ZUMALDE alumna del Grado en LOGOPEDIA de las Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria, en relación con el Trabajo Fin de Grado (TFG) titulado COMPARACIÓN DE DOS INTERVENCIONES LOGOPÉDICAS EN PACIENTES BILINGÜES CON ANOMIA POST-ICTUS, declaro que es de mi autoría y original.

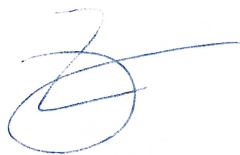
Asimismo, declaro que depositando este TFG y firmando el presente documento confirmo que:

- Este TFG es original y he citado las fuentes de información debidamente.
- La autoría del TFG es compartida alumno/a y director/a.
- Soy plenamente consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanción por el órgano civil competente, y asumo mi responsabilidad ante reclamaciones relacionadas con la violación de derechos de propiedad intelectual.

En ASCAIN, a 23 de MAYO del 2023.

Fdo.:

ANAÏS ZUMALDE



ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 La afasia tras accidente cerebrovascular	4
1.2 El bilingüismo	4
1.3 Intervención de la anomia en pacientes afásicos bilingües	6
2. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA	6
3. HIPÓTESIS	8
3.1 Hipótesis general	8
3.2 Hipótesis específicas	8
4. OBJETIVOS	9
4.1 Objetivo general	9
4.2 Objetivos específicos	9
5. MATERIAL Y MÉTODOS	10
5.1 Población	10
5.2 Duración de seguimiento	10
5.3 Variables	11
5.4 Medidas	12
5.5 Recogida de información	14
5.6 Aspectos éticos del estudio	17
5.7 Plan de análisis de los resultados	17
6. PLAN DE TRABAJO	18
7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS	19
8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	19
9. ANEXOS	22
10. BIBLIOGRAFÍA	30

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACV: Accidente cerebrovascular.

L1: Lengua materna.

L2: Segunda lengua.

SFA: Semantic Feature Analysis

PCA: Phonological Components Analysis

LAST: Language Screening Test

CHCB: Centre hospitalier de la côte Basque

BAT S: Bilingual Aphasia Screening Test

BAT: Bilingual Aphasia Test

MT 86 : Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie

RESUMEN

Introducción: en la afasia, el síntoma mas frecuente y que más persiste en tiempo es la anomia. Más de la mitad de las personas son bilingües por lo que la presencia de pacientes bilingües con anomia post-ictus puede ser alta. La primera lengua que adquirimos se llama lengua materna (L1); cualquier idioma adquirido después de L1 es segunda lengua (L2). Distintos estudios han reportado que los métodos Semantic Feature Analysis (SFA) y Phonological Components Analysis (PCA) son eficaces en el tratamiento de la anomia y ofrecen una generalización lingüística cruzada.

Objetivos: determinar cuál de las dos intervenciones es más eficaz para rehabilitar la anomia bilingüe. Averiguar si las terapias son beneficiosas tanto en la lengua tratada como en la no tratada y si mejoran la expresión oral, comunicación y calidad de vida del paciente.

Material y métodos: 20 pacientes serán divididos en dos grupos mediante aleatorización. Uno recibirá una intervención semántica (SFA) y otro una fonológica (PCA), ambas planteadas en L2. Se examinarán el lenguaje oral, escrito y la calidad de vida. El análisis de los resultados se hará mediante el test no paramétrico U de Mann Whitney para muestras relacionadas para comparar las puntuaciones intragrupo antes y después del tratamiento; y para muestras independientes para comparar cuál de las dos terapias es mas eficaz.

Discusión/conclusión: mediante las dos terapias, se espera mejorar el acceso al léxico cotidiano del paciente tanto en la lengua tratada como en la no tratada; y así, aumentar su comunicación funcional y calidad de vida.

Palabras clave: anomia post-ictus, paciente bilingüe, terapia semántica, terapia fonológica

ABSTRACT

Introduction: In aphasia, the most frequent symptom that persists over time is anomia. More than half of the people are bilingual so the presence of bilingual patients with post-stroke anomia may be high. The first language we acquire is called mother tongue (L1); any language acquired after L1 is second language (L2). Several studies have reported that the Semantic Feature Analysis (SFA) and Phonological Components Analysis (PCA) methods are effective in the treatment of anomia and offer a cross-linguistic generalization.

Objectives: to determine which of the two interventions is most effective in rehabilitating bilingual anomie. Find out if therapies are beneficial in both the treated and untreated language and if they improve oral expression, communication and quality of life of the patient.

Material and methods: 20 patients will be divided into two groups by randomization. One will receive a semantic intervention (SFA) and another a phonological intervention (PCA), both raised in L2. Oral and written language and quality of life will be examined. The results will be analyzed using Mann Whitney's nonparametric U test for related samples to compare intragroup scores before and after treatment; and for independent samples to compare which of the two therapies is more effective.

Discussion/conclusion: by means of the two therapies, it is expected to improve access to the daily lexicon of the patient in both the treated and the untreated language; and thus, increase their functional communication and quality of life.

Keywords: post-stroke anomia, bilingual patient, semantic therapy, phonological therapy

1. INTRODUCCION

1.1 La afasia tras accidente cerebrovascular

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el accidente cerebrovascular (ACV) o ictus se entiende como un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una alteración focal de la función cerebral de origen vascular de más de 24 horas de duración (1). Es la segunda causa de muerte en el mundo (2), Europa (3) y España (4) y una de las principales causas de mortalidad en Francia (5), siendo la segunda causa de demencia en Francia y España(4)(5). Un tercio de las personas que experimentan un ACV desarrollan un trastorno de lenguaje o afasia (6).

Según la Asociación Nacional de Afasia, la afasia es un deterioro del lenguaje causado por una lesión cerebral, que afecta la producción y comprensión del lenguaje escrito y hablado y es causada con mayor frecuencia por un ACV (7). Cabe destacar que cualquier afasia afecta al paciente y su entorno llevando a veces a la pérdida de empleo, aislamiento social, depresión y una menor calidad de vida (8).

La población afásica es heterogénea debido a que la severidad de la afasia y los aspectos lingüísticos afectados dependen de muchos factores (9) como la ubicación y el tamaño del ictus, los antecedentes médicos del paciente, la rapidez y calidad de la atención médica recibida y el tiempo después del ACV (8). La severidad de la afasia varía con el tiempo y los trastornos expresivos pueden ir desde unas simples dificultades en la búsqueda de palabra hasta no tener ningún medio de expresión verbal (9). Por otra parte, los pacientes afásicos pueden tener dificultades en varios aspectos del lenguaje como puede ser la fonología, morfología, sintáctica, semántica o pragmática.

En la afasia, uno de los síntomas mas frecuente y el que más persiste en el tiempo es la anomia o la alteración en la recuperación de las palabras (7). Nickels (2002) la describió como la afectación más frustrante y angustiante de los trastornos afásicos (10). En la producción, esta dificultad conduce a parafasias (semántica, fonológica), circunloquios, perseveraciones y omisiones de palabras (7). Por lo tanto, es el aspecto que más se suele trabajar en la rehabilitación del lenguaje post-ictus (11).

1.2 El bilingüismo

El paciente bilingüe es aquel que usa dos o más idiomas en su vida cotidiana sin necesidad de dominar perfectamente cada uno de ellos (12). En el mundo, más de la mitad de las personas habla más de un idioma por lo que la presencia de pacientes bilingües con anomia post-ictus puede ser alta (13). Podemos categorizar el bilingüismo en temprano y tardío (edad de adquisición), equilibrado y dominado (nivel de competencia), intrínseco y extrínseco (método de adquisición, informal o formal) simultáneo,

secuencial y compuesto (orden de adquisición) (7). En lo que respecta el orden de adquisición, la primera lengua que se aprende se llama lengua materna (L1) y es la que enmarca los pensamientos y las emociones y la que influye en los aprendizajes (14). Cualquier idioma adquirido después de L1 es considerado como segunda lengua (L2).

Los estudios sobre el funcionamiento del cerebro bilingüe con afasia son escasos. Esto podría ser porque el bilingüismo es multifactorial dando variedad de combinaciones lingüísticas y diversidad entre los pacientes. Los factores que lo provocan son el momento de adquisición de las lenguas, sus características estructurales y sociales (15), el dominio y la frecuencia de cambio y uso del idioma (7). Es decir, el bilingüe usará una lengua u otra dependiendo de sus necesidades, de la importancia que le da, del contexto o de los interlocutores, haciendo que los idiomas que domina sean complementarios (16).

Gracias al Modelo Jerárquico Revisado de Kroll y Stewart (1994) (ANEXO 1) sabemos que en la memoria del bilingüe se activan tanto los vínculos léxicos como los conceptuales, pero de una manera diferente (17). Más precisamente, existe una memoria lexical diferente para cada lengua (18) y un sistema semántico común para almacenar todos los idiomas (17,19). Los enlaces léxicos son más fuertes de L2 a L1 porque se aprende una segunda lengua usando la traducción de las palabras del primer idioma (17). Esto sugiere que la terapia enfocada en formas verbales puede producir generalización lingüística cruzada, particularmente cuando el tratamiento está en L2 (20). Sin embargo, los enlaces conceptuales son más fuertes en L1. Por esto, cuando se aprenden nuevas palabras en L2, la unión con el sistema semántico se hace mediante vínculos léxicos con L1 (17). Esto sugiere que la terapia semántica es más probable que se generalice en L1 (20). Además, cuando un bilingüe produce una palabra, activa su traducción y los elementos relacionados en ambos idiomas. Gracias a la selección léxica, el cerebro inhibirá los ítems no objetivo quedándose solamente con la palabra clave (21). Esto puede suponer que la terapia a nivel semántico activará las formas de palabras tratadas, pero también los elementos equivalentes en el otro idioma (20).

Así pues, existen tantos bilingüismos diferentes como personas bilingües. Entonces, es muy importante conocer las características específicas de cada paciente para poder establecer una buena rehabilitación de lenguaje ya que en los pacientes bilingües presentan un gran desafío y surgen dudas de cómo se deben de rehabilitar. Lo que sí se sabe, gracias a estudios recientes, es que el 60-70 % de las recuperaciones son paralelas (22). Según Paradis (1977), en la recuperación paralela todos los idiomas se recuperan al mismo tiempo y nivel (23). Además, varios estudios muestran evidencia de que el tratamiento en L2 beneficia a la L1 (24)(25).

1.3 Intervención de la anomia en pacientes afásicos bilingües

Distintos estudios han reportado que los métodos Semantic Feature Analysis (SFA) y Phonological Components Analysis (PCA) son eficaces en el tratamiento de la anomia y ofrecen una generalización lingüística cruzada, es decir, aportan beneficios tanto en la lengua tratada como en la no tratada (26)-(27).

El método SFA considera el sistema semántico como una cadena de conceptos y se basa en la activación de las redes semánticas entre conceptos (10). Se asienta en el modelo de recuperación léxica que sugiere que cuando se nombra un objeto, además de todas sus características semánticas, se activan también los conceptos que comparten estas propiedades (28). Usa un gráfico de análisis de características (ANEXO 2) que el paciente tendrá que rellenar. Siguiendo la teoría del procesamiento léxico, trabajar estas características semánticas y vincularlas con la palabra objetivo permite que su recuperación sea más fuerte inhibiendo otros conceptos que se activan por compartir las mismas propiedades (26).

A su vez, el método PCA es una comparación fonológica del enfoque SFA. Usa señales fonológicas asociadas a la palabra objetivo para su recuperación (29). Al igual que el SFA, tiene un gráfico que el paciente tiene que rellenar (ANEXO 3).

En base a todo lo anterior, el objetivo del presente trabajo es conocer qué beneficios aportan tanto una intervención basada en la semántica como una intervención basada en la fonología, las dos llevadas a cabo en L2, en pacientes anómicos bilingües. Se examinarán los resultados en la lengua tratada como en la no tratada para averiguar si son beneficiosas a la hora de la generalización lingüística cruzada.

2. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

En el País Vasco francés el bilingüismo francés-euskera es muy prevalente. La mayoría de los alumnos aprenden al menos tres idiomas en el colegio (francés, euskera y español o inglés). Además, existen Ikastolas, escuelas donde se dan la totalidad de las clases en euskera. Cuando a estos alumnos se les diagnostica cualquier trastorno del aprendizaje, ya sea dislexia, disortografía o discalculia, y necesitan la ayuda de un logopeda, tienen la posibilidad de obtener esta rehabilitación en euskera. Esto es debido a que, por un lado, hay logopedas que ofrecen estas sesiones en euskera y por otro porque se están desarrollando pruebas estandarizadas en euskera para la valoración de estas patologías.

Enfocándonos en las patologías adultas, y más precisamente en la afasia, nos damos cuenta de que el bilingüismo no se tiene tanto en cuenta durante las sesiones logopédicas. En la evidencia científica, los estudios sobre la afasia bilingüe son escasos. Todavía no se conoce muy bien el funcionamiento del

cerebro bilingüe y existen muy pocas pruebas estandarizadas para su valoración. La mayoría de los estudios sobre este tema comparan intervenciones hechas en L1 con intervenciones en L2, encontrando más generalización lingüística cruzada en la lengua no tratada cuando se interviene en L2. Pero existen pocos trabajos que se centran en saber qué proceso del lenguaje podría ser el más beneficioso en una rehabilitación de afasia en un paciente bilingüe.

Basándonos en la teoría de Kroll y Stewart (1994) y los vínculos entre L1 y L2, podemos intuir que tanto una intervención basada en la semántica como una basada en la fonología podría ofrecer una generalización lingüística cruzada sobre todo si la intervención se hace en L2. Comparar la efectividad de estas dos terapias para la anomia puede ser interesante y útil para descubrir qué terapia puede ser la mejor. Más interesante si cabe sería conocer qué metodología, si la basada en la semántica o en la fonología sería más beneficiosa para los pacientes afásicos bilingües.

El bilingüismo y su rehabilitación son dos grandes desconocidos en el ámbito de la logopedia, dar visibilidad a estos conceptos cobra especial relevancia. Por lo tanto, serían necesarias pruebas estandarizadas específicas, que permiten valorar el nivel del paciente en cada idioma y conocer realmente su nivel de comunicación. Sabiendo en qué lengua tiene más dificultades o facilidades, se podrá adaptar la intervención para que el paciente alcance una comunicación lo más funcional posible. Para conseguir esto, es imprescindible formar a los profesionales sobre el bilingüismo y los distintos tipos de terapia que existen para que llegado el momento sepan qué tipo de terapia es más beneficiosa para el paciente. Esto no implica necesariamente que el profesional tenga que hablar ambos idiomas, pero es importante que después de la valoración sea capaz de conocer en qué idioma se tiene que hacer la rehabilitación y de qué forma, para luego poder aplicarlo o derivar el paciente a otro profesional que hable la lengua en cuestión.

Hablar varios idiomas es una ventaja a la hora de comunicarse. Si se tiene en cuenta el bilingüismo del paciente durante la rehabilitación del lenguaje se podría sacar el máximo rendimiento de la rehabilitación. El paciente podrá usar el lado fuerte de cada lengua para la recuperación del lenguaje y así optimizar al máximo una comunicación funcional en su vida diaria.

3. HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general

La intervención semántica aplicada en L2 es más eficaz que la fonológica para la rehabilitación de la anomia del paciente bilingüe.

3.2. Hipótesis específicas

- La intervención semántica mejora las puntuaciones en las tareas de anomia tanto de los ítems tratados como de los ítems control en el paciente bilingüe en L2.
- La intervención semántica mejora las puntuaciones en las tareas de anomia tanto de los ítems tratados como de los ítems control en el paciente bilingüe en L1.
- La intervención fonológica mejora las puntuaciones en las tareas de anomia tanto de los ítems tratados como de los ítems control en el paciente bilingüe en L2.
- La intervención fonológica mejora las puntuaciones en las tareas de anomia tanto de los ítems tratados como de los ítems control en el paciente bilingüe en L1.
- La rehabilitación en L2, ya sea semántica o fonológica, mejora las puntuaciones del paciente bilingüe en las pruebas de expresión.
- L2 se beneficia más que L1 en ambas intervenciones.
- La rehabilitación semántica en L2 aporta más mejoría que la fonológica en la comunicación del paciente bilingüe, sobre todo en el área expresivo.
- La rehabilitación semántica en L2 aumenta en mayor medida la calidad de vida del paciente bilingüe evaluada a través de la escala GENCAT que la rehabilitación fonológica.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar cuál de las dos intervenciones, la semántica o la fonológica, aplicada en L2 es más eficaz para rehabilitar la anomia en pacientes bilingües.

4.2. Objetivos específicos

- Conocer si la intervención basada en la semántica mejora las puntuaciones en las tareas de anomia de un paciente bilingüe en L2
- Conocer si la intervención basada en la semántica mejora las puntuaciones en las tareas de anomia de un paciente bilingüe en L1
- Conocer si la intervención basada en la fonología mejora las puntuaciones en las tareas de anomia de un paciente bilingüe en L2
- Conocer si la intervención basada en la fonología mejora las puntuaciones en las tareas de anomia de un paciente bilingüe en L1
- Examinar si la expresión oral del paciente bilingüe mejora con la rehabilitación en L2, ya sea semántica o fonológica
- Comparar cuál de las dos lenguas, L1 o L2, se beneficia más de cada una de las intervenciones.
- Determinar cuál de las dos intervenciones es superior para mejorar la comunicación del paciente bilingüe
- Averiguar cuál de las dos intervenciones mejora más la calidad de vida del paciente bilingüe

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Población

La población diana de este estudio será de 20 pacientes dividida en dos grupos mediante aleatorización 1.1 de forma que cada participante será asignado al azar y tenga la misma probabilidad de formar parte de cada uno de los grupos. El primer grupo recibirá una intervención semántica y el segundo una intervención fonológica.

Se establecerá un tamaño de efecto medio de 0,5 para el estudio, basado en la investigación previa sobre las intervenciones logopédicas en pacientes bilingües con anomia post-ictus. Mediante el programa Epidat se espera que en una muestra de 20 participantes proporcionará un 80% de potencia para detectar un efecto medio, tamaño de 0,5 a un nivel de significación de 0,05.

Criterios de inclusión

- Adultos entre 40 y 60 años
- Diagnóstico de afasia post-ictus
- Anomia como síntoma principal de la afasia
- Ser bilingüe francés-euskera antes del ACV
- Tener una puntuación < 15 en la prueba Language Screening Test (LAST)

Criterios de exclusión

- Diagnóstico de demencia
- Discapacidad visual o auditiva
- Comprensión deteriorada debido al ACV
- Pérdida de lenguaje escrito

5.2. Duración del seguimiento

En primer lugar, se llevará a cabo una selección de los pacientes que durará un mes. Los pacientes serán reclutados del centro hospitalario de la costa vasca (CHCB) en Baiona por dos logopedas que serán encargadas de desarrollar toda la valoración de este estudio, es decir, el reclutamiento, la valoración inicial y final y las valoraciones de seguimiento (a los 6 meses y al año). El reclutamiento se hará con la ayuda de los médicos y mediante la prueba LAST.

El primer grupo formado por 10 participantes recibirá una terapia semántica sobre la anomia basada en el método SFA y el segundo una terapia fonológica sobre la anomia basada en el método PCA.

Durante toda la rehabilitación, en ambos grupos se interviene solamente en L2. Cada terapia consta de 3 sesiones semanales de 45 minutos cada una durante 12 semanas. Las intervenciones serán llevadas a cabo por dos logopedas diferentes a las que harán la evaluación. Antes de las terapias e inmediatamente después, se evalúan en ambos idiomas todos los ítems que se van a trabajar y los ítems control.

Antes de empezar con la rehabilitación, se establece una reunión con los pacientes y sus familiares para explicar todo el procedimiento del estudio que se va a llevar a cabo.

La semana anterior a la intervención, se hace la evaluación individualizada de la historia del bilingüismo del paciente, de su nivel de lenguaje en cada idioma y de su calidad de vida. En total son 3 sesiones de valoración con una duración de 90 minutos cada una.

Al finalizar el tratamiento y a los 6 y 12 meses después, se administra la misma evaluación (excepto la historia del bilingüismo) para comprobar los progresos y el mantenimiento a lo largo del tiempo. A esta valoración se añade una encuesta en la que se documentan, por los pacientes y sus principales interlocutores, sus percepciones sobre los cambios en la comunicación desde el inicio del tratamiento (Anexo 4).

Durante todo el proceso de intervención la pérdida de los pacientes se estima a un 2-5%.

5.3 Variables

Variables independientes:

- Intervención semántica en L2 basada en el método SFA. Programa de tratamiento cualitativo.
- Intervención fonológica en L2 basada en el método PCA. Programa de tratamiento cualitativo.

Variables dependientes:

- Puntuaciones obtenidas en las pruebas del Bilingual Aphasia Screening Test (BAT S) (cuantitativas).
 - Pruebas de expresión.
 - Pruebas de comprensión.
 - Pruebas de lectura.
 - Pruebas de escritura.

- Puntuaciones obtenidas en las pruebas del Bilingual Aphasia Test (BAT) (cuantitativas).
 - Fluencia verbal fonológica.
 - Lectura de pseudopalabras.
 - Escritura espontánea.
- Puntuaciones obtenidas en la descripción de la lamina del Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT 86) (cuantitativas).
- Puntuaciones obtenidas en la Escala GENCAT de Calidad de Vida (cuantitativas).

Variables de confusión:

- Fallecimiento de un participante del estudio.
- Fallecimiento de una persona cercana de un participante del estudio.
- Lesión o enfermedad que impida al paciente o logopeda acudir a las sesiones.
- Avance en el grado de deterioro cognitivo del paciente.
- Interrupción de la participación al estudio por parte del paciente.

5.4 Medidas

Para la elección de los pacientes, las dos logopedas harán una primera evaluación, muy breve (15 minutos), en el hospital CHCB de Baiona. Esta valoración se hará en el idioma elegido por el paciente y mediante la prueba LAST (30), la escritura de una frase y la lectura de un texto. La LAST permite la evaluación rápida y precoz de la afasia aguda con el objetivo de empezar la intervención lo antes posible. Contiene 15 ítems mediante 5 subpruebas: denominación de imágenes, repetición, series automáticas, designación de imágenes y ejecución de órdenes. Para cumplir los criterios de inclusión y entrar en el estudio, los participantes tendrán que tener una puntuación < 15 .

Una vez terminado el reclutamiento de los pacientes, se realizará una valoración previa a la rehabilitación y una posterior para poder analizar su efectividad, así como una valoración a los 6 meses y al año para comprobar el mantenimiento de los resultados obtenidos. Ambos grupos recibirá la misma

evaluación individual. Además, después de cada una de las dos terapias (la semántica y la fonológica) se hará una evaluación de los ítems tratado y algunos ítems control en ambos idiomas para conocer exactamente qué beneficios aportan cada una de las intervenciones en la anomia del paciente bilingüe.

Las variables que se evaluarán son: el lenguaje oral expresivo, el lenguaje oral comprensivo, la lectura, la escritura, el acceso al léxico y la calidad de vida.

La prueba BAT S (31) y algunas partes de la prueba BAT (32) se usarán para conocer la historia del bilingüismo del paciente y evaluar su nivel de lenguaje oral y escrito. La parte A de la prueba BAT S consiste en una serie de 19 preguntas para conocer qué idioma habla el paciente y cuál ha usado más durante su vida. Esta parte se evaluará en un solo idioma ya que aportaría la misma información haciéndola en los dos idiomas del paciente.

La parte B de esta prueba BAT S se pasará en los dos idiomas para poder comparar el nivel que tiene el paciente en cada uno de ellos. Esta parte consiste en una serie de 17 preguntas sobre el idioma examinado para saber cuál era el nivel del paciente antes del ACV, cuándo lo hablaba, en qué contextos y si sabía leer y escribir en este idioma. A continuación, esta parte de la prueba propone una valoración del lenguaje oral y escrito. En cuanto a la expresión oral, evalúa: lenguaje espontáneo, denominación de imágenes, repetición de palabras, pseudopalabras y frases, ejecución de series automáticas (los días de la semana y el contar hasta 15) y fluencia verbal semántica. Para la valoración de la comprensión oral, propone: designación de imágenes, comprensión de órdenes simples, semi-complejas y complejas, discriminación auditivo verbal y comprensión de estructuras sintácticas. Evalúa la lectura en voz alta y la lectura silenciosa y comprensiva mediante lectura de palabras y frases. Y, por último, las partes que valoran la escritura son la copia de palabras y el dictado de palabras y frases.

Para completar esta valoración se usarán la fluencia verbal fonológica y la parte de escritura espontánea de la batería BAT que se pasarán también en los dos idiomas.

Se añadirán dos tareas más en cada una de las lenguas, una de escritura automática como el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento en número y una descripción de lámina de la prueba MT 86 (33). Esta prueba francesa consiste en la evaluación de la afasia mediante 19 tareas que permiten analizar los diferentes componentes del comportamiento verbal.

El formulario de la escala GENCAT (34) se utilizará para medir la calidad de vida de los pacientes. Se basa en 8 dimensiones (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos) para determinar un índice de calidad de vida.

Antes de empezar la terapia se valorará también la denominación de los 150 ítems en ambos idiomas. Estas palabras serán elegidas por los pacientes y sus familiares según su uso y sus preferencias y

serán representadas en foto de color. Se examinará si el paciente accede al léxico por él solo o si necesita una ayuda fonológica o semántica y cuál de estas ayudas le beneficia más.

En la valoración final se valorarán las mismas variables que en la inicial mediante las mismas pruebas para comprobar que los pacientes han hecho progresos y que el tratamiento es efectivo. Además, se añadirá una encuesta (ANEXO 4), que será rellenada por los pacientes y en la que se documentará sus percepciones sobre los cambios en su comunicación desde el pretratamiento hasta el post-tratamiento.

En las valoraciones de seguimiento, a los 6 meses y al año, se valorarán las mismas variables que en la inicial mediante las mismas pruebas para comprobar que los resultados obtenidos con la terapia se mantienen en el tiempo.

5.5 Recogida de información

La recogida de información se hará en base a un enmascaramiento doble ciego: los evaluados no sabrán a qué grupo pertenecen y las personas que analizan los datos no sabrán qué terapia ha llevado a cabo cada paciente. Este estudio será llevado a cabo por 4 logopedas bilingües francés-euskera y especializadas en neurología. Dos serán encargadas de la valoración y las otras dos de la intervención. Tendrán la ayuda del médico y de las enfermeras del servicio de neurología del hospital CHCB de Baiona para obtener toda la información necesaria sobre los pacientes hospitalizados por ACV.

La primera etapa consistirá en un mes de selección de los pacientes. Se registrará cada entrada en el centro hospitalario por ACV. Cuando haya un paciente ingresado por un ACV, las dos logopedas se informarán sobre el perfil del paciente gracias a las transcripciones hechas por los médicos. Así, en base a los criterios de inclusión y exclusión, harán una primera selección de los pacientes susceptibles de ser candidatos para el estudio. Cuando los médicos estimen que los pacientes están recuperados y en condiciones óptimas para la reeducación, se podrá establecer un encuentro con ellos en el hospital. Durante el encuentro, las dos logopedas recogerán la máxima información para determinar si el paciente cumple los criterios de inclusión y exclusión. Se pasará la prueba LAST. Su puntuación es un criterio de inclusión en el estudio, así los pacientes que puntúen < 15 serán candidatos y se les propondrá participar. Si el paciente no acepta o no cumple los criterios, se lo derivará para una rehabilitación tradicional. Cuando se alcance el tamaño muestral exigido se detendrá el proceso de reclutamiento. Mediante aleatorización 1.1, se dividirá los 20 pacientes en dos grupos diferentes, para que uno reciba una intervención semántica y el otro una intervención fonológica. Los pacientes serán derivados al hospital de día del CHCB en San Juan de Luz para acudir a las terapias propuestas para este estudio.

Antes de empezar con la valoración y el tratamiento, se planteará una reunión con las dos logopedas encargadas de la intervención, los pacientes y sus familiares, y los médicos del hospital de día para explicar el procedimiento del estudio que se va a llevar a cabo. Durante esta reunión, se hablará de los objetivos del estudio y de cómo se va a plantear explicando detalladamente todo el proceso del estudio. Además, se entregarán la hoja de información (Anexo 7) y el consentimiento informado (Anexo 8). Al final de esta sesión, las logopedas pedirán a cada paciente, con la ayuda de sus familiares, que elijan 150 palabras que les parecen las más útiles para su día a día. De esta forma, la terapia se hará con listas de palabras personalizadas. Tendrán una semana para establecer esta lista y enviar las imágenes correspondientes a cada palabra.

La valoración inicial y final y las valoraciones de seguimiento de los pacientes durarán una semana con 3 sesiones de 90 minutos cada. Seguirán el orden siguiente: en la primera sesión se pasará la parte A del BAT S y la descripción de lámina de la MT 86, la escritura automática y las tareas del BAT en el idioma. Durante la segunda sesión se pasará la escala GENCAT y la descripción de lámina de la MT 86, la escritura automática y las tareas del BAT en el idioma 2. Para acabar, en la tercera sesión se administrará la parte B del BAT S en ambos idiomas.

Las logopedas se dividirán los pacientes, cada una evaluará un grupo. Estas sesiones se harán en una aula tranquila e insonorizada, con todo el material necesario. La semana siguiente será dedicada para que las logopedas puedan hacer la interpretación de los resultados obtenidos y la redacción de los informes.

La reeducación del acceso al léxico se hará con el vocabulario personal de cada paciente. Para esto, antes de empezar con la terapia se hará la valoración de los ítems en ambos idiomas.

De estos 150 ítems elegidos, 120 serán trabajados en L2 en cada rehabilitación. En el primer grupo serán trabajados mediante el método SFA y en el segundo mediante el método PCA. Los 30 ítems restantes no serán tratados y actuarán como ítems control. Después de la terapia se evaluará los ítems trabajados y los ítems control en los dos idiomas.

Las dos terapias tendrán el mismo desarrollo (ANEXO 5). En cada sesión trabajarán 10 ítems, es decir que cada palabra se trabajara 3 veces durante la terapia. Cada logopeda intervendrá todo el día con un grupo (ANEXO 6).

Durante la intervención semántica, el primer mes será dedicado a elegir las características de cada ítem siguiendo el método SFA. En una sesión se elegirán 10 ítems y para cada uno se harán las siguientes preguntas para poder recoger 6 características y rellenar la tarjeta SFA.

- ¿*Qué es?* para la categoría supra-ordinada
- ¿*Para qué se usa?* para la función

- *¿Qué hace?* para la acción
- *¿Cómo es?* para una característica física
- *¿Dónde lo encontramos?* para la ubicación
- *Me hace pensar en...* para una asociación personal

Las características serán determinadas por el propio paciente. Si elige una característica inapropiada el terapeuta le ayudará en la elección de otra más adecuada. A lo largo de las otras 8 semanas se trabajará el acceso a las palabras. Todas las sesiones se desarrollarán de la misma manera:

1. El terapeuta sacará una imagen correspondiente a un ítem
2. El paciente intentará nombrarla. Si no consigue, el terapeuta dará una ayuda semántica; y si no es suficiente dará la palabra.
3. El paciente rellenará la tarjeta SFA respondiendo a las preguntas (*¿Qué es? ¿Para qué se usa? ¿Qué hace? ¿Cómo es? ¿Dónde lo encontramos? Me hace pensar en...*) y tendrá que dar las mismas características que en las sesiones anteriores. Si no consigue responder a una pregunta el terapeuta le ayudará.
4. El terapeuta volteará la imagen y hará preguntas sobre la función, la acción, las características físicas, etc... de la palabra. Si la respuesta del paciente es errónea el terapeuta la guiará hasta la respuesta correcta.
5. Como último ejercicio, se presentará la imagen objetivo junto con otras dos imágenes, una de las cuales será relacionada semánticamente con el objetivo. El paciente tendrá que identificar la imagen relacionada y si no lo consigue el logopeda le ayudará.
6. Al final, se la presentará una última vez la tarjeta con la imagen y todas sus características y el paciente tendrá que nombrarla.

Se hará todos estos pasos con los 10 ítems elegidos para la sesión y al final de todo se repetirá todas las imágenes ayudándose de las tarjetas SFA.

En cuanto a la intervención fonología, seguirá los mismos pasos, pero será basada en el método PCA. Durante el primer mes, se elegirán las características para cada ítem y se rellenarán las tarjetas PCA mediante las siguientes preguntas:

- *¿Con qué rima?*
- *¿Con qué sonido empieza?*
- *¿Con qué sonido termina?*
- *¿Qué otra palabra empieza por el mismo sonido?*
- *¿Cuántas sílabas tiene?*

Como en la terapia semántica, las características serán elegidas por el propio paciente con la ayuda del terapeuta si las elecciones son inapropiadas. Las otras 8 semanas de intervención se desarrollarán como

las sesiones semánticas, pero con la tarjeta PCA y las características correspondientes. En el punto 4 el logopeda hará preguntas sobre las rimas, el primer sonido, el número de sílabas, etc... de la palabra. En el último ejercicio, se presentará la imagen objetivo y otras dos, una de las cuales rima con el objetivo. El paciente tendrá que encontrar la imagen correcta teniendo ayuda del logopeda si presenta dificultades. Se desarrollará todos estos pasos para los 10 ítems de la sesión y al final de todo se repetirá todas las imágenes con las tarjetas PCA.

5.6 Aspectos éticos del estudio

La realización de este proyecto seguirá las normas de buena práctica clínica, los principios enunciados en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1989) y los tres principios éticos básicos del Informe de Belmont (1978): autonomía, beneficencia y justicia. Para garantizar que el estudio presente los criterios éticos, metodológicos, legales y clínicos, se solicitará una evaluación por parte del Comité de Ética de proyectos de investigación clínica de las Escuelas universitarias Gimbernat Cantabria, adscritas a la Universidad de Cantabria. Se informará a los participantes debidamente (Anexo 7) y se solicitará a cada uno el consentimiento informado por escrito (Anexo 8).

Posteriormente, los datos serán recogidos y analizados con todas las garantías de confidencialidad, de acuerdo con lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la protección de datos de carácter personal, garantizando el absoluto anonimato y secreto de acuerdo con la Ley del Secreto Estadístico 12/1989 del 9 de mayo.

6.7 Plan de análisis de los resultados

Se realizarán estadísticos descriptivos mediante una Tabla Excel. En este estudio se hará una comparación entre el grupo que recibe el tratamiento semántico y el que recibe el tratamiento fonológico para conocer cuál de los dos es más eficaz en pacientes bilingües con anomia post-ictus. Para analizarlo, se usará el test no paramétrico U de Mann Whitney para muestras independientes. Este test se usará también para el análisis de muestras relacionadas. Se comparará las puntuaciones intragrupo. Es decir, se comparan los resultados obtenidos en las pruebas iniciales y en las pruebas post-tratamiento para saber cuánto ha mejorado el grupo en las pruebas de lenguaje y en la escala de calidad de vida. Esta comparación se hará en cada terapia, la semántica y la fonológica, para conocer si son provechosos en el tratamiento de la anomia bilingüe. Se empleará U de Mann Whitney para muestras relacionadas.

6. PLAN DE TRABAJO

Etapas	Fecha de inicio	Fecha de fin	Persona que lo realiza
Revisión bibliográfica	10/10/2022	06/11/2022	Logopeda 1, 2, 3 y 4
Panificación del estudio y preparación del proyecto	07/11/2022	04/12/2022	Logopeda 1, 2, 3 y 4
Ejecución del reclutamiento de los pacientes	05/12/2022	01/01//2023	Logopeda 1 y 2 Médicos
Ejecución de la reunión informativa	02/01/2023	02/01/2023	Logopeda 3 y 4
Ejecución de la valoración inicial	09/01/2023	15/01/2023	Logopeda 1 y 2
Interpretación de los resultado y redacción de los informas	16/01/2023	22/01/2023	Logopeda 1 y 2
Ejecución de la intervención	23/01/2023	16/04/2023	Logopeda 3 y 4
Ejecución de la valoración final	17/04/2023	23/04/2023	Logopeda 1 y 2
Interpretación de los resultado y redacción de los informas	24/04/2023	30/04/2023	Logopeda 1 y 2
Ejecución de las valoraciones de seguimiento	02/10/2023	08/10/2023	Logopeda 1 y 2
Interpretación de los resultado y redacción de los informas	09/10/2023	15/10/2023	Logopeda 1 y 2
Procesamiento y análisis de la información	16/10/2023	12/11/2023	
Análisis de los resultados	13/11/2023	10/12/2023	Analista
Divulgación de los resultados	11/12/2023	03/03/2024	Logopeda 1, 2, 3 y 4

7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRACTICA DE LOS RESULTADOS

Los resultados que se obtendrán gracias a este estudio servirán de punto de partida para que los logopedas conozcan qué proceso del lenguaje es más beneficioso a la hora de rehabilitar pacientes bilingües con anomia post-ictus. Se espera conocer los beneficios de cada intervención en el idioma tratado, pero también conocer cuál de ellas, la semántica o la fonológica, ofrece mejores resultados en la anomia del idioma no tratado. El trabajo intenta también demostrar que el tratamiento en la segunda lengua de un paciente puede aportar mejores resultados y una mayor generalización lingüística cruzada que un tratamiento en primera lengua.

Además, gracias a esta investigación se sabrá si los métodos SFA y PCA, aplicados en L2, son útiles en la rehabilitación de la anomia en pacientes que hablan dos lenguas. Se espera que, gracias a estos dos tratamientos, el paciente mejore su acceso al léxico y con esto, su expresión y comunicación. Dichas mejoras redundarán en una mejor calidad de vida para el paciente y sus familiares.

Con este estudio se pretende también dar visibilidad al bilingüismo y su rehabilitación en la afasia. Se espera que el bilingüismo se tenga más en cuenta en el mundo de la logopedia y que se maneje de la mejor manera posible para que esta habilidad ayude a los pacientes en su reeducación.

Por último, llevar a cabo este estudio podría abrir las puertas a otras investigaciones sobre el funcionamiento del cerebro de personas bilingües y sobre la intervención logopédica con estas personas. Los avances en la investigación en este campo nos permitirán algún día saber qué terapia usar para cada paciente en concreto, es decir, en qué idioma y con qué proceso del lenguaje. Además, todas estas búsquedas podrían ser inspiradoras y ayudar en unas futuras creaciones de pruebas estandarizadas específicas de este ámbito.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La mayoría de las investigaciones sobre el paciente afásico y el bilingüismo proponen una comparación de terapias en L1 y L2. Lo novedoso de este estudio es la comparación de dos intervenciones, las dos propuestas en L2, pero basadas en dos procesos del lenguaje diferentes: la semántica y la fonología. Se espera que la terapia semántica aporte más beneficio que la fonológica. Trabajando las características semánticas de la palabra objetivo, se activa el sistema semántico y las representaciones mentales del concepto lo que ayudará mucho en la futura recuperación de la palabra objetivo.

Trabajar en sesión palabras elegidas por el propio paciente es el punto fuerte de este trabajo. Gracias a este proceso, se espera mejorar su comunicación funcional aumentando el acceso al léxico que

usa durante su día día. Así, la generalización de lo trabajado en sesión será mas fácil. El trabajar palabras cotidianas mejorará significativamente la calidad de vida del paciente y la de sus interlocutores.

Además, cada ítem se trabajará en 3 sesiones diferentes. Esta repetición permitirá fijar el acceso de estos ítems para que se mantengan en el tiempo. Para comprobar este mantenimiento de los resultados obtenidos, este estudio ofrece valoraciones de seguimiento. Así, se podrá conocer si los métodos SFA y PCA aportan resultados que se mantienen en el tiempo o si solo son mejoras a corto plazo.

Por otro lado, como se vio en el estudio de Fredman M (1975) (24) y basándose en el Modelo Jerárquico Revisado de Kroll y Stewart (1994), plantear las intervenciones en L2 aumentara las posibilidades de que los resultados obtenidos en las dos terapias se generalicen en la lengua no tratada (L1).

Como una posible mejora al estudio, hubiera sido interesante analizar el tipo de anomia que presenta cada paciente. Conocer específicamente si el paciente presenta una anomia semántica o una fonológica, podría ayudar a saber qué terapia seria más adecuada para él. Como se objetivó en el estudio de Sadeghi S at al. (2017) (35), hubo más generalización en ítems no tratados en pacientes que presentaban anomia semántica y que tuvieron el tratamiento basado en SFA y viceversa.

Por otra parte, el uso de imágenes en la terapia fonológica puede falsear el cierta manera el estudio. En efecto, acceder a una palabra mediante una imagen es usar un componente semántico. Así, podríamos intuir que la terapia PCA no es 100% fonológica y que los pacientes usan tanto vías fonológicas como semánticas para acceder a la palabra deseada.

Evidentemente, la limitación principal del estudio es el reducido tamaño muestral, que impide la generalización de los resultados obtenidos.

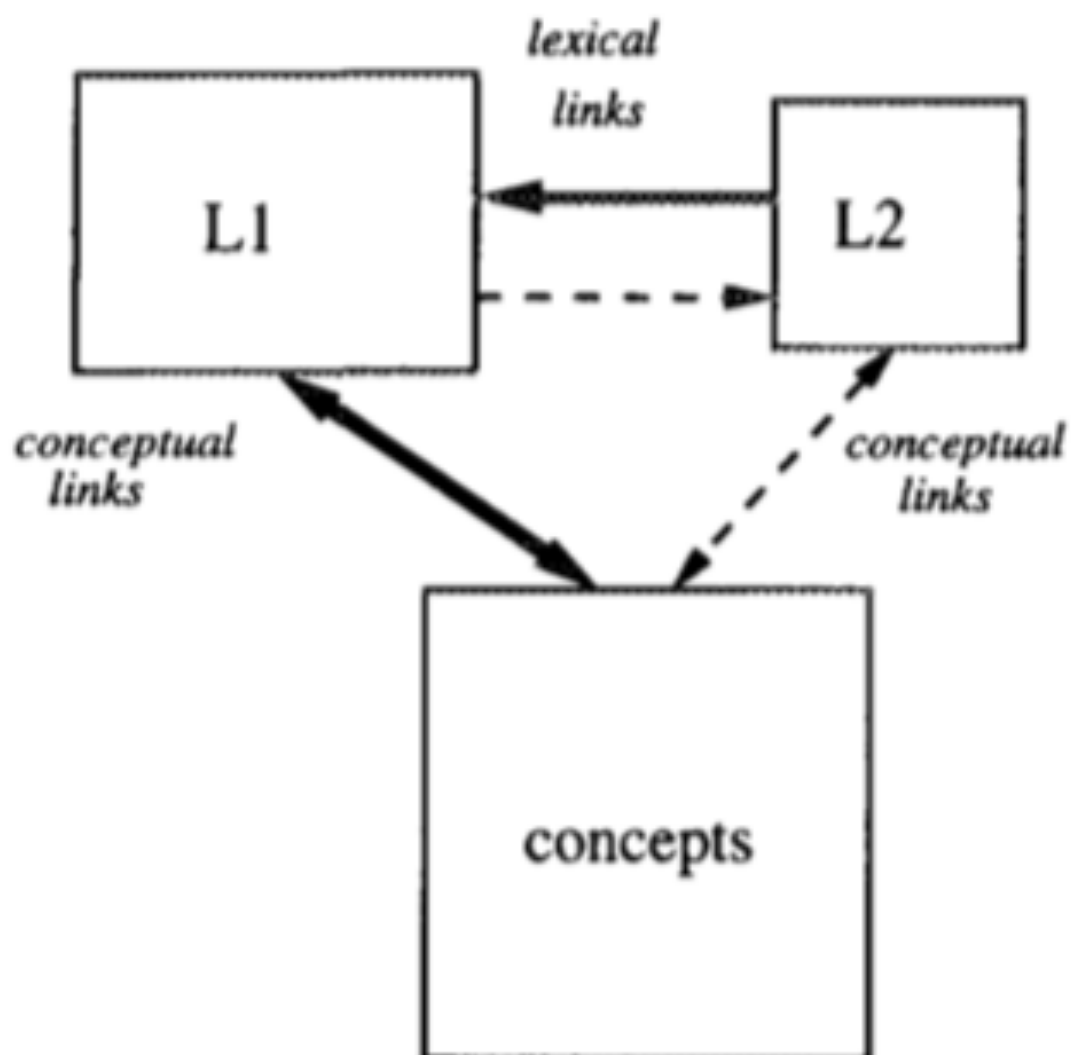
Por ultimo, en el trabajo de Edmonds at al. (2006) (25), la lengua de tratamiento fue elegida en función del nivel lingüístico que presentaba el paciente en cada una de las lenguas. De hecho, en los pacientes que presentaban una lengua dominante, hacer la terapia en el idioma mas débil fue más beneficioso para facilitar la generalización lingüística cruzada. Entonces, si hubiéramos considerado L2 como la lengua que el paciente domina menos, y no como la lengua que adquirió en segundo, se podría quizás haber obtenido aún más beneficios en estos tratamientos.

En definitiva, tener en cuenta el bilingüismo de un paciente es primordial en la rehabilitación de su lenguaje. El bilingüismo es una capacidad que podría ser la clave de los progresos del paciente afásico, si se usa de la manera correcta. Para poder elaborar el tratamiento adecuado de cada paciente bilingüe, se tiene que tener en cuenta muchas variables como su nivel lingüístico en cada idioma, el origen y tipo de sus síntomas y por supuesto sus expectativas y sus necesidades cotidianas.

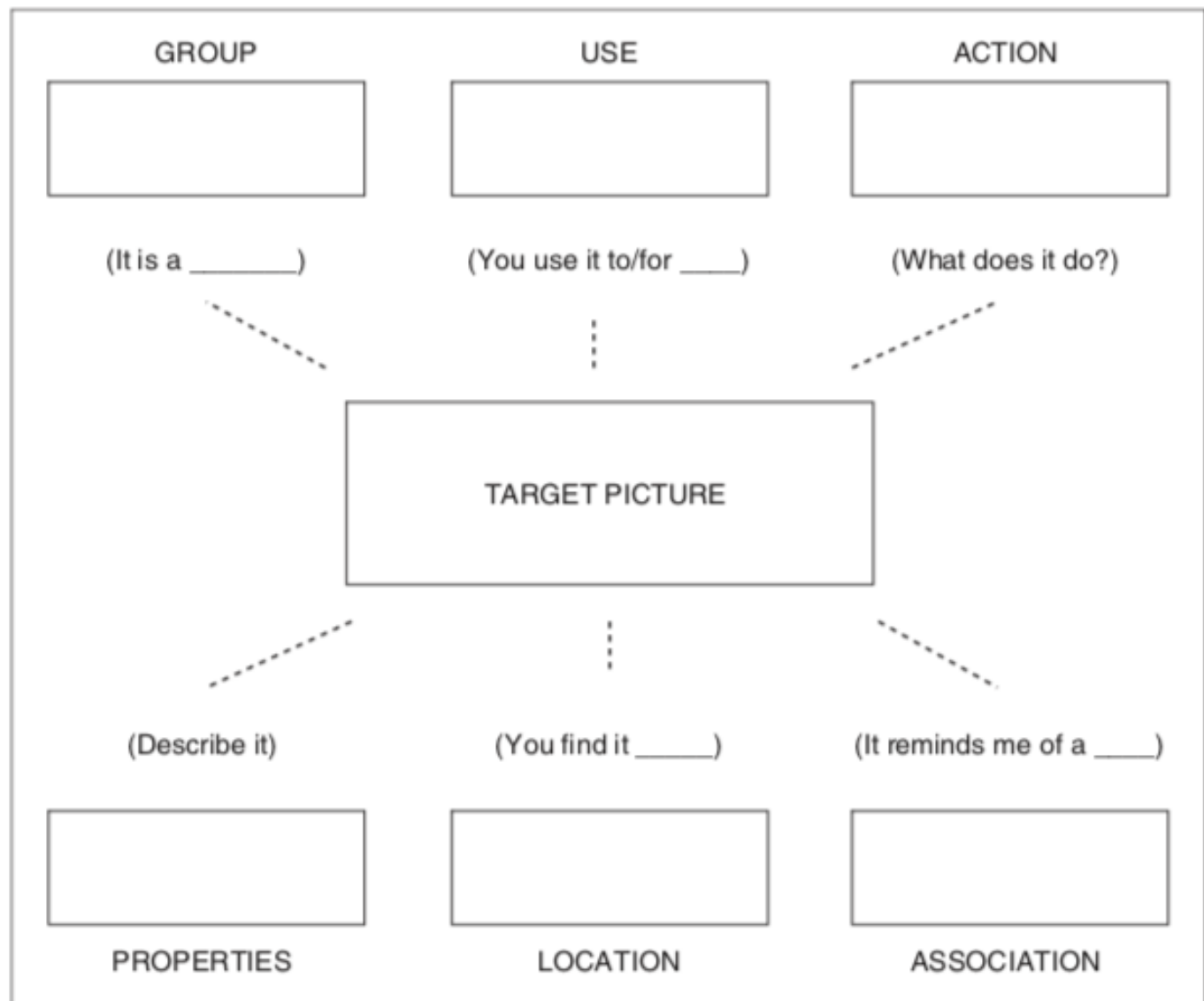
A la espera de poder aplicar todo lo que se ha mencionado en este estudio, las investigaciones sobre este tema tienen que seguir adelante. Los siguientes pasos a seguir serían la elaboración de pruebas estandarizadas específicas para poder tener una valoración completa del nivel de lenguaje de estos pacientes y así poder plantear el tratamiento perfecto para ellos. Obviamente, la buena formación de los logopedas en el campo del bilingüismo sería esencial para poder poner en marcha todo lo dicho.

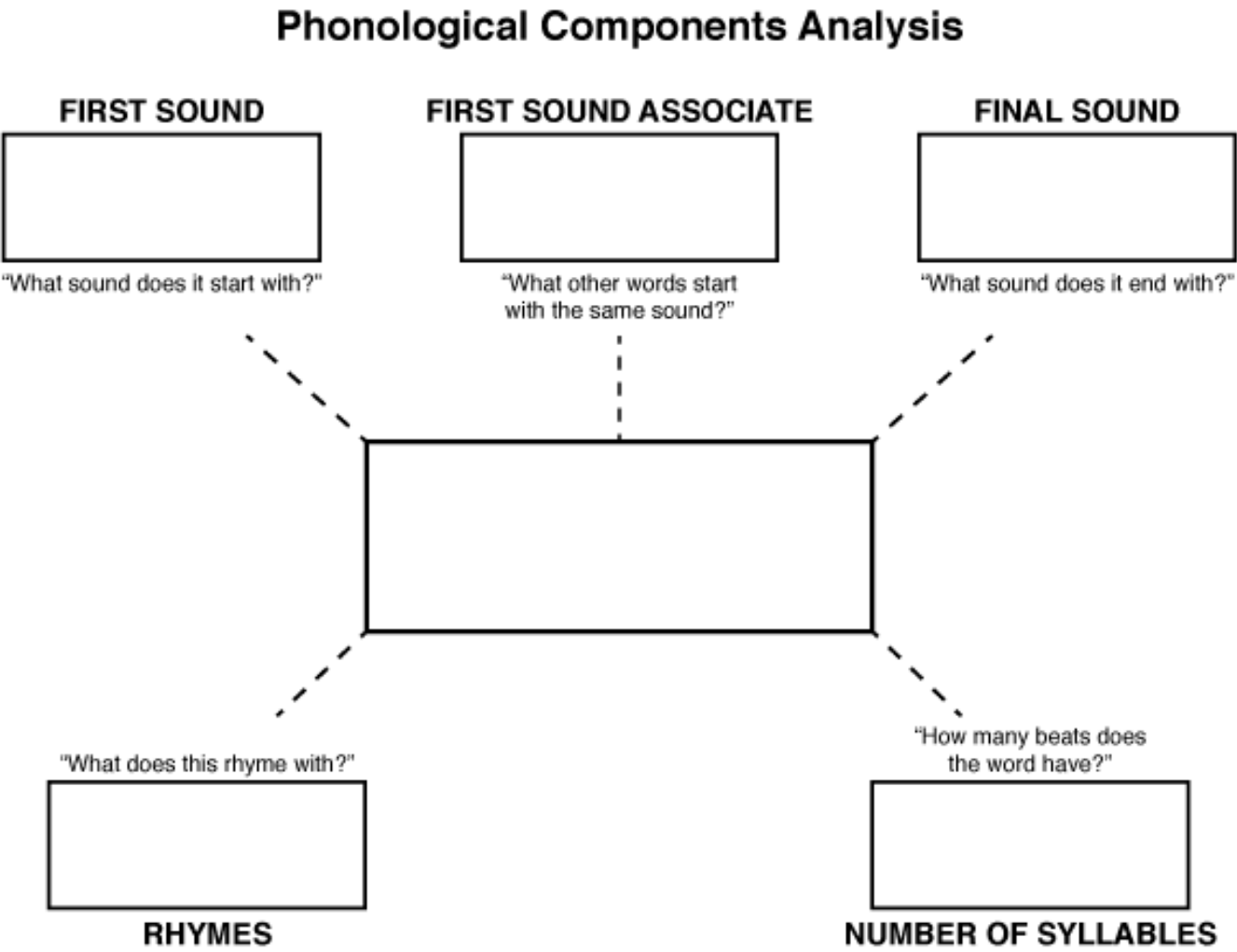
9. ANEXOS

Anexo 1 – Esquema del Modelo Jerárquico Revisado de Kroll y Stewart (17)



Anexo 2 - Grafico de análisis de características del método SFA (26)





ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL ESTUDIO:
COMPARACIÓN DE DOS INTERVENCIONES LOGOPÉDICAS EN PACIENTES
BILINGÜES CON ANOMIA POST-ICTUS

SI ☐ NO ☐ ¿Piensa usted que ha mejorado su forma de hablar con la terapia?

SI ☐ NO ☐ ¿Piensa usted que la gente le entiende mejor después de la terapia?

¿Qué cambios en su comunicación ha notado usted con la terapia?

.....
.....

SI ☐ NO ☐ ¿Gracias a la terapia, usted encuentra mejor sus palabras?

SI ☐ NO ☐ ¿Tiene usted todavía dificultad para encontrar algunas palabras?

¿Cuales?

.....
.....

SI ☐ NO ☐ ¿Esta usted satisfecho de la terapia ofrecida?

¿Que cambiaría usted en la intervención llevada a cabo?

.....
.....

Otras observaciones

.....
.....

Anexo 5 – Desarrollo de la intervención

Ítems 1 – 10	SESSION 1	SESSION 13	SESSION 25
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso
Ítems 11 - 20	SESSION 2	SESSION 14	SESSION 26
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso
Ítems 21 - 30	SESSION 3	SESSION 15	SESSION 27
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso
Ítems 31 - 40	SESSION 4	SESSION 16	SESSION 28
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso
Ítems 41 - 50	SESSION 5	SESSION 17	SESSION 29
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso
Ítems 51 - 60	SESSION 6	SESSION 18	SESSION 30
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso
Ítems 61 - 70	SESSION 7	SESSION 19	SESSION 31
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso
Ítems 71 - 80	SESSION 8	SESSION 20	SESSION 32
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso
Ítems 81 - 90	SESSION 9	SESSION 21	SESSION 33
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso
Ítems 91 - 100	SESSION 10	SESSION 22	SESSION 34
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso
Ítems 101 - 110	SESSION 11	SESSION 23	SESSION 35
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso
Ítems 110 - 120	SESSION 12	SESSION 24	SESSION 36
	Elección de características	Entrenamiento al acceso	Entrenamiento al acceso

Anexo 6 – Horario de sesiones de intervención de una logopeda

LUNES	<i>9H15 – 10H00</i>	PACIENTE 1
	<i>10H15 – 11H00</i>	PACIENTE 2
	<i>11H15 – 12H00</i>	PACIENTE 3
	<i>13H15 – 14H00</i>	PACIENTE 4
	<i>14H15 – 15H00</i>	PACIENTE 5
	<i>15H15 – 16H00</i>	PACIENTE 6
MARTES	<i>9H15 – 10H00</i>	PACIENTE 7
	<i>10H15 – 11H00</i>	PACIENTE 8
	<i>11H15 – 12H00</i>	PACIENTE 9
	<i>13H15 – 14H00</i>	PACIENTE 10
	<i>14H15 – 15H00</i>	PACIENTE 1
	<i>15H15 – 16H00</i>	PACIENTE 2
MIÉRCOLES	<i>9H15 – 10H00</i>	PACIENTE 3
	<i>10H15 – 11H00</i>	PACIENTE 4
	<i>11H15 – 12H00</i>	PACIENTE 5
	<i>13H15 – 14H00</i>	PACIENTE 6
	<i>14H15 – 15H00</i>	PACIENTE 7
	<i>15H15 – 16H00</i>	PACIENTE 8
JUEVES	<i>9H15 – 10H00</i>	PACIENTE 9
	<i>10H15 – 11H00</i>	PACIENTE 10
	<i>11H15 – 12H00</i>	PACIENTE 1
	<i>13H15 – 14H00</i>	PACIENTE 2
	<i>14H15 – 15H00</i>	PACIENTE 3
	<i>15H15 – 16H00</i>	PACIENTE 4
VIERNES	<i>9H15 – 10H00</i>	PACIENTE 5
	<i>10H15 – 11H00</i>	PACIENTE 6
	<i>11H15 – 12H00</i>	PACIENTE 7
	<i>13H15 – 14H00</i>	PACIENTE 8
	<i>14H15 – 15H00</i>	PACIENTE 9
	<i>15H15 – 16H00</i>	PACIENTE 10

ESTUDIO SOBRE UNA COMPARACIÓN DE DOS INTERVENCIONES LOGOPÉDICAS EN PACIENTES BILINGÜES CON ANOMIA POST-ICTUS

HOJA DE INFORMACIÓN

D. /Dña., de años y con DNI nº

Le invitamos a participar en una investigación sobre la comparación de dos intervenciones logopédicas en paciente bilingües con anomia post-ictus. Antes de decidir si desea participar en este estudio, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación y cómo se va a utilizar su información. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación.

En este estudio se pretende determinar cuál de las dos intervenciones, la semántica o la fonológica, aplicada en la segunda lengua (L2) del paciente, es más eficaz para rehabilitar la anomia en pacientes bilingües. Esta investigación tiene beneficio para usted y para la sociedad ya que pretende mejorar la calidad de vida de la población.

Se propone desarrollar un protocolo de estudio que consiste en la evaluación y en la intervención, (fonológica o semántica) de la anomia. El tratamiento se hará por parte de profesionales de la salud con terapias evidenciadas en hechos científicos en el hospital de día del CHCB en San Juan de Luz.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se produzca perjuicio alguno en su tratamiento. En caso de que decidiera abandonar el estudio puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta el momento para la finalidad del estudio o, si fuera su voluntad, sus datos serán borrados de los ficheros informáticos.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo las logopedas del estudio/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Firma del investigador

Firma del paciente

San Juan de Luz, a

de

de 20

Anexo 8 – Consentimiento informado

ESTUDIO SOBRE UNA COMPARACIÓN DE DOS INTERVENCIONES LOGOPÉDICAS EN PACIENTES BILINGÜES CON ANOMIA POST-ICTUS

DECLARACIÓN DE CONSETIMIENTO INFORMADO

D. /Dña., de años y con DNI nº

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado “Comparación de dos intervenciones logopédicas en pacientes bilingües con anomia post-ictus”.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Firma del investigador

Firma del paciente

San Juan de Luz, a de de 20

10. BIBLIOGRAFIA

1. Guía clínica AUGÉ: accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más. 2013 [cited 2023 Feb 16]; Available from: <http://172.16.1.100:8080/xmlui/handle/2015/476>
2. Krishnamurthi R v., Ikeda T, Feigin VL. Global, Regional and Country-Specific Burden of Ischaemic Stroke, Intracerebral Haemorrhage and Subarachnoid Haemorrhage: A Systematic Analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Neuroepidemiology* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2023 Feb 6];54(2):171–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32079017/>
3. Maciej Serda, Becker FG, Cleary M, Team RM, Holtermann H, The D, et al. European Cardiovascular Disease Statistics 2017. G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. Uniwersytet śląski [Internet]. 2017 Feb 15 [cited 2023 Feb 6];7(1):343–54. Available from: <https://researchportal.bath.ac.uk/en/publications/european-cardiovascular-disease-statistics-2017>
4. Simal Hernández P, Matías Guiu-Guia J, Hernández Meléndez T, Aparicio Azcárraga P, Comité Institucional de la Estrategia en ICTUS del SNS. Logros y retos en la atención del ictus en España: desde la Estrategia del Sistema Nacional de Salud al Plan de Acción Europeo 2018-2030. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 6];95(1):e1–5. Available from: <https://medes.com/publication/165753>
5. Samuel A, Diane N, Christine de P. En France, les AVC sont plus fréquents, plus graves et moins souvent pris en charge en unité spécialisée pour les personnes les plus modestes [Internet]. Drees. 2022 [cited 2023 Jan 30]. Available from: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-02/er1219_1.pdf
6. Engelter ST, Gostynski M, Papa S, Frei M, Born C, Ajdacic-Gross V, et al. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke* [Internet]. 2006 Jun [cited 2023 Feb 7];37(6):1379–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16690899/>
7. Khachatryan E, Vanhoof G, Beyens H, Goeleven A, Thijs V, van Hulle MM. Language processing in bilingual aphasia: a new insight into the problem. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2023 Feb 2];7(3):180–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26990465/>

8. Baker C, Worrall L, Rose M, Hudson K, Ryan B, O’Byrne L. A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia.
<https://doi.org/101080/0963828820171315181> [Internet]. 2017 Jul 31 [cited 2023 Feb 7];40(16):1870–92.
Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2017.1315181>
9. Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2023 Feb 7];2016(6).
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27245310/>
10. Nickels L. Therapy for naming disorders: Revisiting, revising, and reviewing.
<http://dx.doi.org/101080/02687030244000563> [Internet]. 2010 Oct [cited 2023 Feb 9];16(10–11):935–79.
Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687030244000563>
11. Goodglass H, Wingfield A. *Anomia : neuroanatomical and cognitive correlates*. 1997;
12. Grosjean F. Individual bilingualism. In: *The encyclopedia of language and linguistics*. Oxford: Pergamon Press; 1994. p. 1656–60.
13. Ansaldo AI, Marcotte K, Scherer L, Raboyeau G. Language therapy and bilingual aphasia: Clinical implications of psycholinguistic and neuroimaging research. *J Neurolinguistics*. 2008 Nov 1;21(6):539–57.
14. Nishanthi R. Understanding of the Importance of Mother Tongue Learning. *International Journal of Trend in Scientific Research and Development* [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 9];Volume-5(Issue-1).
Available from: http://www.cal.org/resources/pubs/fordreport_040
15. Köpke B. *Bilinguisme et aphasie*. 2014 [cited 2023 Jan 31]; Available from:
<https://www.researchgate.net/publication/259952727>
16. Grosjean F. Review of *Bilingual: Life and reality*. Cambridge [Internet]. 2010 [cited 2023 Jan 31];(June):1–276. Available from: <http://www.jstor.org/stable/23011632>
17. Kroll JF, Stewart E. Category Interference in Translation and Picture Naming: Evidence for Asymmetric Connections Between Bilingual Memory Representations. *J Mem Lang*. 1994 Apr 1;33(2):149–74.

18. Durgunoğlu AY, Roediger HL. Test differences in accessing bilingual memory. *J Mem Lang*. 1987 Aug 1;26(4):377–91.
19. Dijkstra T, Heuven WJB van. The architecture of the bilingual word recognition system: From identification to decision. *Bilingualism: Language and Cognition* [Internet]. 2002 Dec [cited 2023 Feb 3];5(3):175–97. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/bilingualism-language-and-cognition/article/abs/architecture-of-the-bilingual-word-recognition-system-from-identification-to-decision/E4E2591F339AD17ACB35778A23C812AE>
20. Croft S, Marshall J, Pring T, Hardwick M. Therapy for naming difficulties in bilingual aphasia: which language benefits? *Int J Lang Commun Disord* [Internet]. 2011 Jan [cited 2023 Feb 3];46(1):48–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20653517/>
21. Marian V, Spivey M, Hirsch J. Shared and separate systems in bilingual language processing: Converging evidence from eyetracking and brain imaging. *Brain Lang* [Internet]. 2003 [cited 2023 Feb 2];86(1):70–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12821416/>
22. Paradis M. Bilingual and polyglot aphasia. *Handbook of Neuropsychology*. 1989;2 Label: 3(4).
23. Paradis M. Bilingualism and Aphasia. *Studies in Neurolinguistics*. 1977 Jan 1;65–121.
24. FREDMAN M. The effect of therapy given in Hebrew on the home language of the bilingual or polyglot adult aphasic in Israel. *Br J Disord Commun* [Internet]. 1975 [cited 2023 Feb 3];10(1):61–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1156536/>
25. Edmonds LA, Kiran S. Effect of semantic naming treatment on crosslinguistic generalization in bilingual aphasia. *J Speech Lang Hear Res* [Internet]. 2006 Aug 1 [cited 2023 Feb 3];49(4):729–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16908872/>
26. Boyle M, Coelho CA. Application of Semantic Feature Analysis as a Treatment for Aphasic Dysnomia. *Am J Speech Lang Pathol* [Internet]. 1995 Nov [cited 2023 Feb 9];4(4):94–8. Available from: <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/1058-0360.0404.94>
27. Leonard C, Rochon E, Laird L. Treating naming impairments in aphasia: Findings from a phonological components analysis treatment. *Aphasiology*. 2008 Sep;22(9):923–47.

28. Caramazza A. How Many Levels of Processing Are There in Lexical Access? <http://dx.doi.org/101080/026432997381664> [Internet]. 2010 [cited 2023 Feb 9];14(1):177–208. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/026432997381664>
29. Simic T, Leonard C, Laird L, Stewart S, Rochon E. The effects of intensity on a phonological treatment for anomia in post-stroke aphasia. *J Commun Disord* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2023 Feb 15];93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34166970/>
30. Flamand-Roze C, Falissard B, Roze E, Maintigneux L, Beziz J, Chacon A, et al. Validation of a new language screening tool for patients with acute stroke: the Language Screening Test (LAST). *Stroke* [Internet]. 2011 May [cited 2023 Mar 14];42(5):1224–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21487118/>
31. Guilhem V, Gomes S, Prod'Homme K, Köpke B. Le Screening BAT : un outil d'évaluation rapide disponible en 8 langues et adaptable à toutes les langues du BAT. *Reeduc Orthoph* [Internet]. 2013 [cited 2023 Mar 14];(253):121–42. Available from: <https://hal.science/hal-00905105>
32. Paradis Michel, Libben G. The assessment of bilingual aphasia [Internet]. Lawrence Erlbaum Associates; 1987 [cited 2023 Mar 14]. 241 p. Available from: <https://www.routledge.com/The-Assessment-of-Bilingual-Aphasia/Paradis-Libben/p/book/9780898596502>
33. Béland R, Lecours AR. The mt-86 β aphasia battery: A subset of normative data in relation to age and level of school education. <http://dx.doi.org/101080/02687039008248786> [Internet]. 2007 Sep 1 [cited 2023 Mar 14];4(5):439–62. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687039008248786>
34. De Investigación E. Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de vida.
35. Sadeghi Z, Baharloei N, Zadeh AM, Ghasisin L. Comparative Effectiveness of Semantic Feature Analysis (SFA) and Phonological Components Analysis (PCA) for Anomia Treatment in Persian Speaking Patients With Aphasia. *Iranian Rehabilitation Journal* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2023 May 3];15(3):259–68. Available from: <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-732-en.html>