

# **Grado en logopedia**



## **Trabajo fin de grado**

**EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA CON LA  
INCLUSIÓN DEL CUIDADOR FRENTE A LA  
INTERVENCIÓN TRADICIONAL EN PACIENTES CON  
AFASIA POST-ICTUS: PROTOCOLO DE ESTUDIO DE  
ENSAYO CLÍNICO.**

**EFFICACY OF SPEECH THERAPY INTERVENTION WITH  
CAREGIVER INCLUSION VERSUS TRADITIONAL  
INTERVENTION IN PATIENTS WITH POST-STROKE  
APHASIA: CLINICAL TRIAL STUDY PROTOCOL.**

**Autora:** Albane Riveron

**Tutora:** Ana Pozueta Cantudo

Junio 2024

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO**

Por medio de la presente, yo ALBANE RIVERON alumno/a del Grado en LOGOPEDIA de las Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria, en relación con el Trabajo Fin de Grado (TFG) titulado EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA CON LA INCLUSIÓN DEL CUIDADOR FRENTE A LA INTERVENCIÓN TRADICIONAL EN PACIENTES CON AFASIA POST-ICTUS: PROTOCOLO DE ESTUDIO DE ENSAYO CLÍNICO, 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 SANGUINET, a 19 de MAYO del 2024

Fdo.:

ALBANE RIVERON



# ÍNDICE

<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
La afasia: generalidades .....	7
Afasia por accidente cerebro vascular.....	7
La rehabilitación logopédica en la afasia por accidente cerebro vascular .....	8
Inclusión de los cuidadores en el proceso de rehabilitación .....	9
<b>JUSTIFICACIÓN CIENTIFICA .....</b>	<b>10</b>
<b>HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>12</b>
Población.....	12
Variables.....	13
Herramientas de medida.....	14
Procedimiento.....	15
Fase de evaluación pre.....	16
Fase de tratamiento o rehabilitación.....	16
Fase de evaluación post .....	18
Aspectos éticos del estudio .....	18
Plan de análisis de los resultados .....	19
<b>PLAN DE TRABAJO .....</b>	<b>20</b>
<b>APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRACTICA DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN .....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>35</b>

## **ABREVIATURAS**

ACV: Accidente cerebrovascular

HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

BDAE: Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck

## RESUMEN

**Introducción:** La afasia es un trastorno adquirido de la comprensión y expresión del lenguaje asociado a lesiones del sistema nervioso central. El accidente cerebro vascular es la causa más frecuente de afasia. Estudios demuestran la eficacia de implicar a cuidadores en la rehabilitación de pacientes afásicos.

**Objetivo:** Determinar cuál de las intervenciones en la afasia post-ictus, la rehabilitación tradicional o la rehabilitación en colaboración con los cuidadores, ofrece mejores resultados en lenguaje, calidad de vida, síntomas depresivos y sobrecarga del cuidador.

**Material/ métodos:** 28 sujetos, divididos en dos grupos, diagnosticados de afasia post-ictus y sus cuidadores. El grupo control recibirá una intervención logopédica tradicional y el grupo experimental una intervención logopédica con la inclusión del cuidador. Ambos recibirán cuatro sesiones semanales de 45 minutos, y los cuidadores del grupo experimental recibirán una formación. Se evaluará el lenguaje, la calidad de vida, los síntomas depresivos, y el nivel de sobrecarga de los cuidadores, antes y después de la intervención.

**Plan de análisis de resultados:** Se compararán los resultados de la evaluación pre-intervención y post intervención utilizando las pruebas T de Student y U de Mann-Withney para muestras relacionadas y los resultados del grupo de control con el experimental utilizando las pruebas T de Student y U de Mann-Withney para muestras independientes.

**Discusión/conclusión:** Este estudio destaca los beneficios de incluir a los cuidadores y muestra cómo ayuda a mejorar las variables estudiadas. Sin embargo, el estudio podría afinarse teniendo en cuenta otras variables y aumentando el tamaño de la muestra.

**Palabras clave:** afasia, accidente cerebrovascular, intervención logopédica, cuidador

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Aphasia is an acquired disorder of language comprehension and expression associated with lesions of the central nervous system. Cerebrovascular accident is the most frequent cause of aphasia. Studies demonstrate the effectiveness of involving caregivers in the rehabilitation of aphasic patients.

**Objective:** To determine which of the two interventions in post-stroke aphasia, traditional rehabilitation or rehabilitation in collaboration with caregivers, offers better results in terms of language, quality of life, depressive symptoms and caregiver burden.

**Material and methods:** 28 subjects, divided into two groups, diagnosed with post-stroke aphasia and their caregivers. The control group will receive a traditional speech therapy intervention and the experimental group a speech therapy intervention with the inclusion of the caregiver. Both will receive four weekly 45-minute sessions, and the caregivers of the experimental group will receive education. Language, quality of life, depressive symptoms, and caregiver burden will be assessed before and after the intervention.

**Results analysis plan:** The results of the pre-intervention and post-intervention assessment will be compared using Student's t-tests and Mann-Whitney U-tests for related samples and the results of the control group with the experimental group using Student's t-tests and Mann-Whitney U-tests for independent samples.

**Discussion/conclusion:** This study highlights the importance and benefits of including caregivers and shows how it helps to improve the study variables. However, the study could be refined by taking into account other variables and increasing the sample size.

**Key words:** aphasia, stroke, speech therapy intervention, caregiver.

# INTRODUCCIÓN

## La afasia: generalidades

La afasia es un trastorno adquirido de la comprensión y expresión del lenguaje asociado a lesiones del sistema nervioso central. En este trastorno se puede ver afectada la expresión verbal, la comprensión auditiva, la lectura y/o la escritura de una persona, dejando intactas otras capacidades cognitivas (1,2). La afasia puede presentar distintos grados de afectación y de recuperación en función de la localización de la lesión, su severidad y su etiología (1,3). También se ha demostrado que el nivel socioeconómico y el nivel educativo del paciente influyen en la gravedad de la afasia (4,5).

La etiología de la afasia es variada y da lugar a diferentes síntomas en cada persona. Suele aparecer repentinamente tras un accidente cerebrovascular, un traumatismo craneal o cerebral, una intervención quirúrgica, un ataque epiléptico o una inflamación neurológica. Sin embargo, puede surgir de forma progresiva, como en el caso de la afasia primaria progresiva (1).

Las clasificaciones tradicionales de afasia más influyentes son el sistema de clasificación de Boston y la interpretación de la afasia de Luria (6). El sistema de Boston clasifica los distintos tipos de afasia en 8 subtipos según un cuadro sintomático específico basado en la fluidez de la expresión verbal, la comprensión del lenguaje y la capacidad de repetición (7). Luria describe 7 subtipos de afasia: eferente motora o cinética, aferente motora o cinestésica, acústico-agnóstica, acústico-amnésica, semántica, dinámica y amnésica. Estas dos clasificaciones de la afasia han servido de guía durante las últimas décadas (6). Sin embargo, se ha demostrado que estas clasificaciones no son muy rigurosas. Pocos pacientes con afasia corresponden perfectamente a un tipo de afasia; pueden presentar síntomas que coincidan con varios tipos. Además, es importante tener en cuenta el tiempo transcurrido desde el ictus. Un paciente puede presentar síntomas muy diferentes en la fase aguda que en la fase crónica del accidente cerebrovascular. Esto nos demuestra lo importante que es tratar a cada paciente individualmente y según sus necesidades (7).

## Afasia por accidente cerebro vascular

El accidente cerebrovascular (ACV), también llamado ictus, está definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una “alteración neurológica aguda y repentina de origen vascular que perdura más de 24h” (8).

A pesar del descenso de la incidencia del ictus gracias a una mejor prevención y control de los factores de riesgo, el número de personas que sufren secuelas de un ictus ha aumentado considerablemente (9). El ictus es la causa más frecuente de afasia, y su extensión y localización en el hemisferio cerebral dominante del lenguaje son determinantes en su pronóstico (2,10,11). El tipo de ictus, isquémico o hemorrágico, desempeña un papel importante en la recuperación del lenguaje. En los primeros meses posteriores al ictus, la recuperación espontánea es mayor en el caso de un ictus isquémico que en el caso de un ictus hemorrágico (12).

Dependiendo de la localización neuroanatómica del daño causado por el ictus, las alteraciones del lenguaje se manifiestan de diferentes maneras. Los pacientes pueden presentar un lenguaje fluente o no fluente, dificultades de comprensión y/o de repetición del lenguaje. Esto puede dar lugar a problemas de articulación, de denominación, errores gramaticales y alteraciones del ritmo y de la melodía, entre otras dificultades (11,12).

### **La rehabilitación logopédica en la afasia por accidente cerebro vascular**

La rehabilitación tras un ACV puede ser un proceso largo, dependiendo de la gravedad, y corre a cargo de distintos profesionales sanitarios. Los logopedas son los que diagnostican y tratan la afasia. Su objetivo es optimizar las capacidades lingüísticas y reducir el impacto de la afasia en la vida diaria de los pacientes y sus familias (13). Los estudios han demostrado la eficacia de la logopedia para pacientes con afasia tras un ictus, con mejoras en la comunicación funcional, la lectura, la escritura y el lenguaje expresivo (14). Existen diversos enfoques cuya eficacia varía en función de los síntomas del paciente, de su entorno y de sus objetivos. No existe un tratamiento único que sea beneficioso para todos los pacientes; debe adaptarse a cada individuo. Cabe destacar dos enfoques generales de intervención logopédica que han mostrados resultados beneficiosos: uno restaurativo, basado en las funciones y estructuras corporales, y otro compensatorio, basado en las actividades y participación. También se puede distinguir entre el modelo basado en las deficiencias y el modelo funcional. El primero se centra en mejorar procesos o tareas lingüísticas específicas (semántica, fonología y sintaxis; denominación, lectura, escritura y comprensión). El segundo enfoque pretende potenciar las habilidades comunicativas y la participación en la vida cotidiana. Se trata de un abordaje compensatorio, que consiste en encontrar formas diferentes de comunicarse. Estos dos enfoques no son incompatibles y pueden utilizarse simultánea o sucesivamente en función de las necesidades del paciente (7,15).

## **Inclusión de los cuidadores en el proceso de rehabilitación**

Los cuidadores son las personas más cercanas al paciente y que le apoyan a diario. Suelen ser miembros de la familia directa: cónyuge, hijos, padres. En la gran mayoría de los casos, el cuidador es una mujer; esposa o hija (16). Según el Comité de Ministros del Consejo de Europa, los cuidadores no profesionales son definidos como “miembros de la familia, vecinos o otras personas que prestan cuidados y apoyo a personas dependientes de forma regular sin tener el beneficio de un estatuto profesional que les confiera los derechos y obligaciones asociados a dicho estatuto” (17).

A menudo, las familias desconocen lo que ocurre a su ser querido. Los profesionales sanitarios utilizan términos científicos que pueden asustar a las familias y dejarlas sin respuestas. Esto puede dar lugar a una atención deficiente, sin que los cuidadores sepan qué hacer para ayudar al paciente. Dado que los cuidadores son las personas que tienen un contacto más estrecho con el paciente, y sabiendo que una atención temprana mejora la recuperación, es vital que puedan participar eficazmente en el tratamiento (17,18).

La afasia puede repercutir negativamente en la capacidad de comunicación, la vida cotidiana, la fatiga y la depresión (19). Todos estos factores hacen que la calidad de vida se vea gravemente afectada, tanto para quienes la padecen como para sus cuidadores. De hecho, las dificultades de comunicación causadas por la afasia en pacientes que han sufrido un ACV aumentan considerablemente el estrés, los síntomas de depresión, la soledad y otros problemas emocionales de los cuidadores (20). Además, la ayuda que los cuidadores prestan a diario puede provocar una sobrecarga emocional y física. Los estudios han demostrado que formar a los cuidadores puede reducir esta sobrecarga y, así, mejorar su calidad de vida (21).

Varios estudios han demostrado la eficacia de implicar a los cuidadores en la rehabilitación de pacientes afásicos. El estudio de Mary Purdy y Jane Hindenlang (2005), sobre la eficacia de la educación y la formación de los cuidadores, mostró una mejora en la comunicación, una mejor comprensión de la afasia por parte de los participantes y un mejor uso de las estrategias de comunicación (22). Por su parte, Jennifer S. Shafer, Paul R. Shafer y Katarina L. Haley (2019) demostraron que los cuidadores tienen un papel de defensores, terapeutas, motivadores y tutores de los pacientes y que, por lo tanto, es importante proporcionarles formación y apoyo suficiente para que les considere colaboradores en el proceso de rehabilitación (23).

El objetivo de este trabajo es mostrar la importancia y los beneficios de la terapia colaborativa con cuidadores para pacientes con afasia tras un ictus y compararla con la terapia tradicional.

## **JUSTIFICACIÓN CIENTIFICA**

Los estudios muestran que el número de personas que viven con un ACV aumentará significativamente en los próximos años debido a la mejora de las tasas de supervivencia y al envejecimiento de la población (24). Dado que la afasia está presente entre el 21% y el 38% de los pacientes que han sufrido un ACV (25), el número de personas que la padecen también aumentará considerablemente en los próximos años. Esto aumenta el número de necesidades de rehabilitación y, en consecuencia, el número de profesionales sanitarios. Se trata de un problema social de primer orden que hay que abordar.

La afasia afecta gravemente a la capacidad de comunicación, tanto en términos de comprensión como de expresión. Sabemos que la logopedia para pacientes que sufren afasia es una gran ayuda y mejora las dificultades lingüísticas que encuentran (26). El trabajo del logopeda comienza con una evaluación exhaustiva y eficaz, seguida de una reeducación personalizada. Numerosos estudios demuestran su eficacia, situando al logopeda en el centro de la rehabilitación de la afasia.

Además, esta limitación en las habilidades comunicativas aumenta el estrés, los síntomas de depresión, la soledad y la fatiga por lo que repercute en la calidad de vida de los afectados y sus cuidadores. Por lo tanto, es importante incluir a los cuidadores en la rehabilitación, ya que ellos también se ven afectados por este importante cambio en la vida del paciente. Según Chantal Lestrade (2014), es importante tener en cuenta las dificultades a las que se enfrentan los cuidadores, no solo para aliviar su carga, sino también porque esto repercute directamente en la calidad de la atención prestada al paciente. Nos enfrentamos al problema social del envejecimiento, y los cuidadores son un recurso importante que merece ser tenido en cuenta (16).

Las investigaciones sobre la rehabilitación logopédica de pacientes con afasia post ictus revelan que muy pocas veces se tiene en cuenta a los cuidadores o se les incluye en los procedimientos. En la evidencia científica, los estudios que incluyen a los cuidadores en los tratamientos son muy escasos. Además, muchos estudios se centran exclusivamente en el lenguaje, sin tener en cuenta la calidad de vida. Es importante tener en cuenta todos estos

factores, tanto el lenguaje como la calidad de vida, así como al paciente y a sus cuidadores, para garantizar una atención lo más completa y eficaz posible.

La atención integral a un paciente afásico implica no sólo la logopedia en cuanto al lenguaje, sino también la inclusión de los cuidadores para conseguir una mejor calidad de vida.

## **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

Hipótesis general: La rehabilitación de la afasia post-ictus en colaboración con los cuidadores obtiene mejores resultados en cuanto a lenguaje, calidad de vida, síntomas depresivos y sobrecarga del cuidador que la rehabilitación tradicional.

Hipótesis específicas:

- Los pacientes que reciben la rehabilitación colaborativa con cuidadores obtendrán mejores puntuaciones en expresión verbal que aquellos que reciben la rehabilitación tradicional.
- Los pacientes que reciben la rehabilitación colaborativa con cuidadores obtendrán mejores puntuaciones en comprensión auditiva que aquellos que reciben la rehabilitación tradicional.
- Los pacientes que reciben la rehabilitación colaborativa con cuidadores obtendrán mejores puntuaciones en lectura y escritura que aquellos que reciben la rehabilitación tradicional.
- La rehabilitación colaborativa con cuidadores mejora en mayor medida la calidad de vida en los pacientes con afasia post-ictus que la rehabilitación tradicional.
- La rehabilitación colaborativa con cuidadores disminuye en mayor medida los síntomas depresivos en los pacientes con afasia post-ictus que la rehabilitación tradicional.
- La rehabilitación colaborativa con cuidadores disminuye la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes con afasia post-ictus.

Objetivo principal: Determinar cuál de las dos intervenciones en la afasia post-ictus, la rehabilitación tradicional o la rehabilitación en colaboración con los cuidadores, ofrece mejores resultados en cuanto a lenguaje, calidad de vida, síntomas depresivos y sobrecarga del cuidador.

### Objetivos específicos:

- Evaluar si el grupo de pacientes que recibe la rehabilitación colaborativa con cuidadores obtiene mejores puntuaciones en la expresión verbal que el grupo de pacientes que recibe la rehabilitación tradicional.
- Evaluar si el grupo de pacientes que recibe la rehabilitación colaborativa con cuidadores obtiene mejores puntuaciones en la comprensión auditiva que el grupo de pacientes que recibe la rehabilitación tradicional.
- Evaluar si el grupo de pacientes que recibe la rehabilitación colaborativa con cuidadores obtiene mejores puntuaciones en la lectura y escritura que el grupo de pacientes que recibe la rehabilitación tradicional.
- Conocer si los pacientes que acuden a la rehabilitación colaborativa con cuidadores obtienen mejores puntuaciones en la calidad de vida que el grupo de pacientes que recibe la rehabilitación tradicional.
- Conocer si los pacientes que acuden a la rehabilitación colaborativa con cuidadores disminuyen sus síntomas depresivos en mayor medida que el grupo de pacientes que recibe la rehabilitación tradicional.
- Determinar si los cuidadores del grupo de pacientes que acuden a la rehabilitación colaborativa con cuidadores tienen una sobrecarga inferior a los del grupo de pacientes que recibe la rehabilitación tradicional.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se elaborará un protocolo de estudio de ensayo clínico para determinar si una rehabilitación de la afasia post-ictus con la participación de cuidadores podría tener mejores resultados en cuanto a lenguaje, calidad de vida, síntomas depresivos y sobrecarga del cuidador que una rehabilitación tradicional. Aplicaremos un diseño experimental para evaluar las causas y los efectos que las distintas variables tienen entre sí, utilizando datos cuantitativos.

Se hará una comparación entre dos grupos elegidos al azar. Uno recibirá rehabilitación tradicional, mientras que el otro grupo recibirá rehabilitación junto con los cuidadores.

### **Población**

En el estudio participarán 28 sujetos, 14 en cada uno de los grupos, diagnosticados de afasia post-ictus y sus cuidadores. Serán seleccionados de la Unidad de Ictus del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Se establecerá un tamaño de efecto medio de 0,5 para el estudio, basado en la investigación previa sobre la efectividad de la inclusión de la figura del cuidador en la rehabilitación de la afasia. Mediante el programa Epidat se espera que en una muestra de 28 participantes proporcionará un 80% de potencia para detectar un efecto medio, tamaño de 0,5 a un nivel de significación de 0,05.

La población está dividida en dos grupos mediante aleatorización 1.1, lo que significa que cada individuo tiene la misma probabilidad de entrar en cada uno de los dos grupos. Los participantes del primer grupo recibirán rehabilitación tradicional de la afasia post-ictus, mientras que los del segundo grupo recibirán rehabilitación junto con el cuidador.

#### *Criterios de inclusión*

- Adultos entre 45 y 65 años
- Diagnóstico de afasia post-ictus de menos de 6 meses
- Familiar cercano dispuesto y capaz para colaborar en la rehabilitación
- Español como lengua materna

#### *Criterios de exclusión*

- Diagnóstico de demencia
- Presentar alteraciones graves relacionadas con la visión, audición, habla y/o movilidad que dificulten o impidan la evaluación o intervención
- Tener problemas conductuales graves

## **Variables**

#### *Variables independientes*

- Rehabilitación logopédica con participación de los cuidadores.
- Rehabilitación logopédica tradicional.

#### *Variables dependientes*

- Puntuaciones obtenidas en el Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia (formato abreviado) (BDAE) (cuantitativas).
  - Escala de severidad de la afasia
  - Fluidez
  - Habla de conversación y exposición
  - Comprensión auditiva
  - Articulación

- Recitado
- Repetición
- Denominación
- Lectura
- Escritura
- Puntuaciones obtenidas en la escala GENCAT de calidad de vida (cuantitativas).
- Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (cuantitativas).
- Puntuaciones obtenidas en la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (cuantitativas).

#### *Variables de confusión*

- Fallecimiento de un paciente.
- Fallecimiento de un cuidador y/o de un familiar.
- Diferencia de colaboración entre los diferentes cuidadores.
- Diagnóstico de una enfermedad en un paciente y/o un cuidador.
- Falta o interrupción de la colaboración por parte de uno de los cuidadores.

### **Herramientas de medida**

Como parte de este estudio, evaluaremos determinadas variables: el lenguaje, la calidad de vida, la depresión y la sobrecarga del cuidador.

Para la evaluación del lenguaje, utilizaremos el formato abreviado del **Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia (BDAE)** (Goodglass, 2005) (27). Se elige la versión abreviada porque se tarda menos en completarla y proporciona la misma calidad de evaluación. De hecho, los pacientes post-ictus se fatigan más fácilmente, lo que puede falsear los resultados. También se recomienda para pacientes con poca capacidad de atención. El BDAE evalúa el habla de conversación y exposición mediante respuestas sociales sencillas, una conversación libre y la descripción de una lámina (“*El Robo de las Galletas*”). La escala de severidad de la afasia puede completarse utilizando la información obtenida de estas diversas pruebas. La comprensión auditiva se evalúa mediante la comprensión de palabras, de órdenes y de material ideativo complejo. A continuación, para la expresión oral, se evalúa las secuencias automáticas, la repetición y la denominación. La lectura se evalúa mediante el reconocimiento simbólico básico, la identificación de palabras, la lectura en voz alta y la comprensión de la lectura. Por último, se evalúa la escritura mediante la mecánica de la escritura, las habilidades codificadoras básicas, la denominación escrita de dibujos y la escritura narrativa. Esta prueba

se utiliza para diagnosticar la afasia y determinar el tipo de dificultades que encuentra el paciente.

Para la evaluación de la calidad de vida, utilizaremos la **Escala GENCAT** (Verdugo Alonso y al., 2009) (28). Es una escala que ofrece un perfil de la calidad de vida de un individuo a través de 69 preguntas divididas en diferentes partes. Permite evaluar el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos. Debe cumplimentarlo un profesional sanitario que conozca a la persona desde hace al menos 3 meses.

Utilizaremos el Inventario de **Depresión de Beck** (BDI-II) (Beck y al., 1996) para evaluar la gravedad de la depresión de los pacientes (29). Consta de 21 ítems que debe responder el propio paciente con la ayuda de un profesional.

Finalmente, utilizaremos la **Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit** (Zarit y al. 1980) para evaluar el nivel de sobrecarga de los cuidadores (30). Es una lista de 22 preguntas a las que debe responder el cuidador. Muestra si el cuidador se encuentra en una situación de sobrecarga leve, grave o nula.

## **Procedimiento**

El estudio lo llevarán a cabo cuatro logopedas y dos psicólogos, que realizarán las distintas evaluaciones y tratamientos de los pacientes. Dos de los logopedas y un psicólogo se encargarán de la parte de evaluación, y otros dos logopedas y un psicólogo se encargarán de la parte de tratamiento. Trabajarán en colaboración con los médicos y sanitarios de la Unidad de Ictus del HUMV para obtener toda la información complementaria necesaria. La duración del estudio será de 1 año y 3 meses y todo el estudio se llevará a cabo en el HUMV, tanto en lo que respecta a la evaluación como al tratamiento.

Se aplicará el enmascaramiento doble ciego: los responsables de evaluar a los pacientes y los responsables de analizar los datos no sabrán a qué grupo pertenece cada paciente.

Los 28 sujetos que participarán en el estudio serán seleccionados de la Unidad de Ictus del HUMV. El equipo de la Unidad de Ictus del HUMV será informado de este estudio con antelación y realizará una selección inicial de pacientes. Después, los logopedas realizarán una entrevista previa con cada participante potencial y su cuidador principal. El objetivo de esta primera entrevista es identificar los criterios de inclusión y exclusión e informar oralmente a los participantes sobre el proceso del estudio. A aquellos que acepten participar en el estudio se les entregará una hoja de información (Anexo 1) donde se detallará en que va a consistir el estudio, así como una hoja de consentimiento informado (Anexo 2) que deberán entregar

cumplimentada el primer día que acuden a la evaluación. Esta primera entrevista durará unos 30 minutos y al final de la misma se seleccionará a los participantes definitivos.

Se realizará una evaluación previa a la rehabilitación y una posterior. Se evaluará el lenguaje, la calidad de vida y el nivel de depresión de los pacientes así que el nivel de sobrecarga de los cuidadores. La evaluación inicial de los pacientes correrá a cargo de dos logopedas, mientras que la de los cuidadores será realizada por un psicólogo. Los resultados obtenidos durante esta evaluación inicial permitirán establecer una comparación con los resultados de la evaluación final, de modo que pueda comprobarse la eficacia del protocolo.

### ***Fase de evaluación pre***

Se trata de evaluaciones individualizadas realizadas en un despacho privado, tranquilo y sin distracciones dentro del HUMV. El lenguaje de los pacientes se evaluará mediante la versión corta del BDAE. El logopeda administrará el conjunto completo de pruebas para obtener una imagen clara de las distintas dificultades del paciente y ofrecer la mejor orientación posible para el tratamiento. La prueba dura entre 30 y 45 minutos. También ayudará al paciente a completar el BDI-II, que dura unos 15 minutos. La escala GENCAT será cumplimentada por un profesional de los servicios sociales que conozca a la persona desde hace al menos 3 meses (28). Las evaluaciones de los pacientes durarán aproximadamente 1 hora. Los cuidadores serán entrevistados al mismo tiempo que los pacientes, pero en despachos separados. Un psicólogo estará allí para apoyarles y, si es necesario, ayudarles a completar la escala de Zarit. El cuestionario durará unos 15 minutos. En total, el periodo de evaluación durará 28 horas, repartidas en 5 días. Los resultados obtenidos se registrarán en una hoja de recogida de información (Anexo 3).

### ***Fase de tratamiento o rehabilitación***

Una vez realizadas las evaluaciones iniciales, la población se dividirá en dos grupos mediante aleatorización 1.1. El primer grupo (grupo 1) recibirá rehabilitación tradicional, mientras que los participantes del segundo grupo (grupo 2) recibirán rehabilitación junto con sus cuidadores.

Ambos grupos recibirán rehabilitación logopédica basada en dos tipos de enfoque: un enfoque basado en las deficiencias y un enfoque de comunicación funcional. Estos dos tipos de tratamiento se utilizarán simultánea e individualmente para cada paciente. La diferencia en la rehabilitación entre los dos grupos estará únicamente en la inclusión de los cuidadores en la rehabilitación y su apoyo. La rehabilitación tendrá lugar en una sala reservada del HUMV.

### *Grupo 1: Rehabilitación tradicional*

Los pacientes del primer grupo recibirán cuatro sesiones semanales de logopedia de 45 minutos. Cada sesión se basará en las deficiencias y las habilidades comunicativas funcionales del paciente. Los logopedas utilizarán los mismos ejercicios con todos los pacientes. Los cuidadores no recibirán ninguna formación especial ni apoyo de logopedas o psicólogos. Estas sesiones tendrán lugar todas las semanas, excluidas las vacaciones, durante 6 meses.

Las sesiones seguirán el mismo patrón:

- 1) Los primeros cinco minutos se dedicarán a dar la bienvenida al paciente y a hablar de su evolución.
- 2) Durante los siguientes 35 minutos, el logopeda planteará al paciente diferentes ejercicios relacionados con uno de los aspectos del lenguaje a trabajar (expresión oral, comprensión oral, lectura o escritura).
- 3) Los últimos cinco minutos se dedicarán a concluir la sesión y a despedirse del paciente.

### *Grupo 2: Rehabilitación junto con los cuidadores*

- Sesiones de logopedia:

Los pacientes del segundo grupo recibirán también cuatro sesiones semanales de logopedia de 45 minutos. Cada sesión se basará en las deficiencias y las habilidades comunicativas funcionales del paciente. Los logopedas utilizarán los mismos ejercicios con todos los pacientes. Estas sesiones tendrán lugar todas las semanas, excluidas las vacaciones, durante 6 meses. Las sesiones seguirán el mismo esquema que las del Grupo 1. En el Anexo 4 figura un ejemplo de las sesiones impartidas a lo largo de una semana.

- Formación y apoyo a los cuidadores:

Los cuidadores asistirán a dos talleres grupales organizados y dirigidos por dos logopedas y un psicólogo. Los dos talleres tendrán lugar la semana siguiente a las evaluaciones, antes de empezar la rehabilitación con los pacientes. Una vez finalizados los dos talleres, puede comenzar la rehabilitación. El primer taller estará dedicado a explicar las causas y manifestaciones de la afasia. El contenido del taller figura en el Anexo 5. La información proporcionada será amena y accesible para todos, y tendrá por objeto ayudar a los cuidadores a comprender esta patología y las dificultades que pueden encontrar los pacientes. Además, se entregará a cada cuidador un folleto con información esencial sobre la afasia (Anexo 6). Durante el segundo taller, logopedas y psicólogo presentarán diversas pautas para facilitar la comunicación con los pacientes. El objetivo es que los cuidadores puedan hacerse entender y

comprender las peticiones del paciente. El contenido del taller figura en el Anexo 7. Estas orientaciones también se detallarán en un documento que se entregará a los cuidadores (Anexo 8). Al final de cada taller, se reservará un tiempo para responder a las preguntas de los cuidadores.

Una vez al mes, logopedas y psicólogo organizarán grupos de debate. El objetivo de estos grupos de debate es responder a las preguntas y dudas de los cuidadores y hablar de la evolución de la rehabilitación de los pacientes. También brindarán la oportunidad de debatir los distintos cambios que se han puesto en marcha y conocer sus ventajas y/o inconvenientes. El objetivo es apoyar a los cuidadores hasta el final del estudio, para que se sientan respaldados y atendidos.

Dos veces al mes, los cuidadores podrán asistir a una sesión de logopedia para ver cómo progresa el paciente. Esto también permitirá al logopeda dar instrucciones más personalizadas e individualizadas a cada participante. Al final de la sesión, dedicará diez minutos más a explicar al cuidador cuál es la mejor manera de apoyar al paciente y le sugerirá algunas pautas para aplicar en el día a día.

### ***Fase de evaluación post***

Al cabo de seis meses, se llevará a cabo una evaluación final siguiendo el mismo patrón que la evaluación inicial. Se trata de evaluaciones individualizadas realizadas en un despacho privado, tranquilo y sin distracciones dentro del HUMV. Se evaluará el lenguaje, la calidad de vida, los síntomas depresivos y el nivel de sobrecarga del cuidador. Las llevarán a cabo los mismos logopedas y psicólogo que hicieron la evaluación pre.

A continuación, se analizarán los resultados obtenidos y se compararán con los iniciales. Los resultados serán analizados por un logopeda externo.

### **Aspectos éticos del estudio**

El proyecto se llevará a cabo de acuerdo con las normas de buena práctica clínica, los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1989) y los tres principios éticos fundamentales del Informe Belmont (1978): autonomía, beneficencia y justicia. Se informará debidamente a los participantes (Anexo 1) y se solicitará a cada uno de ellos su consentimiento informado por escrito (Anexo 2).

Se solicitará la evaluación de este estudio por parte del Comité de Ética de proyectos de investigación clínica de las Escuelas Universitarias Gimbernat Cantabria, adscritas a la

Universidad de Cantabria, para asegurar que el estudio cumple con los criterios éticos, metodológicos, legales y clínicos.

A continuación, los datos serán recogidos y analizados con plenas garantías de confidencialidad, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, garantizando el anonimato absoluto y el secreto conforme a la Ley del Secreto Estadístico 12/1989 del 9 de mayo.

### **Plan de análisis de los resultados**

Inicialmente, los datos obtenidos de las distintas variables del estudio se introducirán en un documento Excel y posteriormente se analizarán mediante el programa estadístico SPSS v.27 para Windows. Para respetar la confidencialidad de los datos, los resultados se codificarán y se asignará un número a cada participante, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

El nivel de significación clínica se fijará a 5% (0,05) para el análisis estadístico. Luego, se analizará la distribución de la normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk. También, se elaborarán estadísticas descriptivas para cada una de las variables: media, máximo, mínimo, desviación típica e intervalo de confianza de 95%.

A continuación, se compararán los resultados obtenidos en la evaluación pre-intervención con los resultados obtenidos en la evaluación post intervención. Todas las variables que seguirán una distribución normal serán analizadas con estadística paramétrica utilizando la prueba T de Student para muestras relacionadas y las variables que no seguirán una distribución normal serán analizadas con estadística no paramétricas utilizando el test U de Mann-Withney para muestras relacionadas.

Por último, se compararán los resultados obtenidos por el grupo de control con los del grupo experimental. Se utilizarán las pruebas T de Student y U de Mann-Withney para muestras independientes.

## PLAN DE TRABAJO

La investigación se llevará a cabo a lo largo de 1 año y 3 meses. Empezara el 9 de septiembre de 2024 y acabara el 31 de diciembre de 2025. El cronograma es el siguiente:

ETAPAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	PERSONAS RESPONSABLES
<b>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b>	9/09/2024	7/10/2024	Logopedas 1-4, psicólogos 1 y 2
<b>PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO Y PREPARACIÓN DEL PROYECTO</b>	8/10/2024	4/11/2024	Logopedas 1-4, psicólogos 1 y 2
<b>ELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES</b>	5/11/2024	31/01/2025	Logopedas 1-4, psicólogos 1 y 2
<b>VALORACIÓN INICIAL PACIENTES Y CUIDADORES</b>	3/02/2025	7/02/2025	Logopedas 1 y 2, Psicólogo 1
<b>INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	10/02/2025	17/02/2025	Logopedas 1 y 2, psicólogo 1
<b>FORMACION CUIDADORES (TALLERES GRUPALES)</b>	18/02/2025	21/02/2025	Logopedas 3 y 4, psicólogo 2
<b>INTERVENCION LOGOPEDICA</b>	24/02/2025	22/08/2025	Logopedas 3 y 4
<b>VALORACIÓN FINAL PACIENTES Y CUIDADORES</b>	25/08/2025	29/08/2025	Logopedas 1 y 2, psicólogo 1
<b>INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	1/09/2025	5/09/2025	Logopedas 1 y 2, psicólogo 1
<b>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b>	8/09/2025	27/10/2025	Logopeda externo
<b>ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	28/10/2025	28/11/2025	Logopeda externo
<b>DIFUSION DE LOS RESULTADOS</b>	1/12/2025	31/12/2025	Logopedas 1-4, psicólogos 1 y 2

## **APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRACTICA DE LOS RESULTADOS**

Los resultados obtenidos en este estudio permitirán determinar si la participación de los cuidadores en la rehabilitación de las personas con afasia tras un ictus es eficaz y si conduce a mejores resultados que la intervención logopédica tradicional.

Como consecuencia del envejecimiento de la población y de la mejora de la tasa de supervivencia de las personas que han sufrido un ictus, el número de personas con afasia aumentará considerablemente en los próximos años, convirtiéndose en un problema social de primer orden (24). Este estudio nos permitirá encontrar formas de mejorar la atención a las personas con afasia y a sus cuidadores. Esto nos ayudará a poner en marcha un nuevo protocolo lo más eficaz posible y adaptado a las dificultades a las que se enfrentan estos pacientes, mejorando así su calidad de vida. Los resultados obtenidos y las críticas formuladas por los participantes y los profesionales ayudarán también a determinar los aspectos que deben mejorarse y a poner de relieve nuevas áreas de estudio.

Implicar a los cuidadores en la rehabilitación permitiría ofrecer cuidados más intensivos. Los cuidadores están con los pacientes a diario y, por tanto, pueden estimular el lenguaje de forma cotidiana. Numerosos estudios demuestran que el tratamiento intensivo es más eficaz y produce resultados más rápidamente. Sin embargo, como los logopedas son cada vez más solicitados, a menudo no pueden ofrecer a los pacientes sesiones diarias. Además, no pueden estar presentes en todos los momentos de la vida diaria, como es el caso de la familia. Por tanto, implicar a los cuidadores permitiría compensar esta situación y obtener mejores resultados. No obstante, es importante comprender que los cuidadores no están ahí para sustituir a los logopedas, sino para contribuir y ayudar, a su manera, a la rehabilitación de los pacientes. De ahí la importancia de evaluar la sobrecarga del cuidador mediante la escala de sobrecarga de Zarit (30). Esto nos permite comprender en qué medida el hecho de cuidar a otra persona repercute en la vida cotidiana de los cuidadores, de modo que podamos adaptar nuestra intervención para tener en cuenta esta variable. Implicar a los cuidadores también les ayudará a sentirse apoyados e incluidos en el proceso.

Ofrecer talleres en grupo lo hace más atractivo, más fáciles de organizar y requieren menos tiempo y personal que los talleres individuales. Además, permite a los cuidadores hablar entre ellos y ayudarse mutuamente. Sin embargo, este estudio también ofrece apoyo personal, para que las necesidades de los participantes puedan satisfacerse de la forma más eficaz posible.

Finalmente, la intervención propuesta es fácil de aplicar, mínimamente intrusiva y tiene un doble beneficio: mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus cuidadores. También es exhaustivo en el sentido de que no sólo tiene en cuenta el lenguaje, sino también la calidad de vida, los niveles de depresión y la sobrecarga de los cuidadores. Teniendo todo esto en cuenta, este estudio sería de gran ayuda para mejorar la atención a estos pacientes y encontrar soluciones a este problema social.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El propósito de este estudio es destacar la importancia de incluir a los cuidadores en la atención a las personas con afasia tras un ictus. A menudo se olvida a los cuidadores, a pesar de que numerosos estudios demuestran que tienen un valor incalculable y que es importante tenerlos en consideración en el tratamiento (31). Además, las responsabilidades que tienen que asumir de un día para otro, sin formación ni preparación, repercuten negativamente en su calidad de vida y en la de la persona con afasia. Los resultados que se esperan de este estudio serán que la intervención logopédica que incluye a los cuidadores será más eficaz que la intervención logopédica tradicional.

La inclusión de los cuidadores y su formación es uno de los puntos fuertes de este estudio. Como muestra el estudio de Bruna Homem Magnus, Roberta Freitas Dias y Bárbara Costa Beber (2019), la participación de los cuidadores en un programa educativo sobre la afasia mejora la calidad de vida y reduce el agotamiento de los cuidadores (32). Además, otros estudios muestran la importancia del apoyo continuo a los cuidadores proporcionándoles información sanitaria, una red comunitaria y apoyo moral (33).

Otro punto importante de este estudio es que tiene en cuenta la calidad de vida y el nivel de depresión de las personas con afasia. Según el estudio de Bettina Mohr, Benjamin Stahl, Marcelo L. Berthier y Friedemann Pulvermüller (2017), la logopedia con terapia intensiva de comunicación centrada en la interacción social reduce los síntomas de depresión en pacientes con afasia (34). Otras investigaciones demuestran que la logopedia también puede mejorar su calidad de vida (35).

A la vista de los resultados obtenidos en los distintos estudios sobre la inclusión y formación de los cuidadores, así como de los beneficios de la intervención logopédica sobre la calidad de vida y los síntomas depresivos de los pacientes afásicos, cabe esperar obtener resultados acordes con nuestra hipótesis al final de nuestro estudio.

Sin embargo, aún quedan aspectos por mejorar, como tener en cuenta el tipo y la intensidad de la afasia. Dependiendo del tipo de afasia, fluida o no fluida, y de la intensidad de los problemas, la repercusión en la vida cotidiana y en las relaciones sociales es diferente. Como se objetivó en el estudio de Mariana Mendes Bahia y Regina Yu Shon Chun (2014), los afásicos fluentes suelen tener mejor calidad de vida que los no fluentes (36). Además, según el tipo de ictus, isquémico o hemorrágico, la recuperación del lenguaje puede ser diferente. Sabemos que la recuperación espontánea del lenguaje en los primeros meses tras un ictus es mayor en el caso de un ictus isquémico que en el caso de un ictus hemorrágico (12). Por lo tanto, futuros estudios de investigación podrían explorar estos aspectos.

También sería interesante tener en cuenta la relación entre el cuidador y la persona con afasia. La patología no afectará de la misma manera al cuidador y a su vida cotidiana, dependiendo de su relación con el paciente. La enfermedad provoca grandes cambios, y hay que reorganizar las relaciones y los papeles dentro de la familia (16). Igualmente, podrían tenerse en cuenta otros factores como la edad, el estado de salud y el sexo del cuidador.

El pequeño tamaño de la muestra del estudio limita la generalizabilidad de los resultados obtenidos. Una muestra mayor nos permitía arrojar resultados más generalizables.

En definitiva, la inclusión de los cuidadores en la atención logopédica de los pacientes con afasia tras un ictus es esencial para mejorar el lenguaje, la calidad de vida y los síntomas de depresión de los pacientes, pero también para reducir la sobrecarga de los cuidadores. La logopedia, con varias sesiones individuales a la semana, ayuda a mejorar las distintas áreas del lenguaje. Asimismo, contribuye a mejorar la calidad de vida y a reducir los síntomas de depresión. De hecho, fomenta y facilita la comunicación de los pacientes con las personas de su entorno, mejorando así su vida cotidiana. También desempeña un papel importante en la formación de los cuidadores, dándoles las pautas necesarias para intervenir con eficacia. La formación y el apoyo a los cuidadores, en forma de talleres de grupo, ayudan a reducir la carga que supone el cuidado diario de los pacientes y a mejorar su calidad de vida. La inclusión de la familia es un tratamiento novedoso, atractivo y de fácil adherencia.

La atención a las personas con afasia reviste gran importancia, en parte debido al aumento del número de afectados, lo que la convierte en un problema social que debe tenerse en cuenta. Es importante seguir investigando para responder con la mayor eficacia posible a las necesidades de los pacientes y sus familias. Sería interesante que futuros estudios ampliaran el alcance de la investigación teniendo en cuenta los tipos y la gravedad de la afasia, con el fin de adaptar el tratamiento de la forma más eficaz posible.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### Hoja de información

*Eficacia de la intervención logopédica con la inclusión del cuidador frente a la intervención tradicional en pacientes con afasia post-ictus*

D. /Dña. ...., de ..... años de edad y con DNI nº .....

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un estudio en el que se comparan dos intervenciones logopédicas para pacientes con afasia post ictus. Este documento explica los objetivos del estudio, por qué es necesaria esta investigación, como se utilizarán su información y en qué consistirá su participación. Antes de decidirse a participar, lea atentamente este documento y asegúrese de tomarse el tiempo necesario para pensar en la información que contine y de recibir respuestas satisfactorias a todas sus preguntas.

El objetivo de este estudio consiste en averiguar cuál de las dos intervenciones logopédicas, la intervención con la participación de un cuidador o la intervención tradicional, es más eficaz para rehabilitar el lenguaje en pacientes con afasia tras un ictus. Este estudio es tan importante para usted como para la sociedad, porque su propósito es encontrar soluciones para mejorar la calidad de vida de la población.

Este estudio se llevará a cabo a lo largo de 15 meses, teniendo en cuenta una fase de evaluación inicial, seguida de la intervención y terminando con una evaluación final. La intervención será llevada a cabo por dos logopedas y consistirá en sesiones de rehabilitación de 45 minutos, con cuatro sesiones por semana. Las evaluaciones correrán a cargo de dos logopedas y un psicólogo. El estudio tendrá lugar en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Su cuidador principal debe estar disponible, ya que también está incluido en el estudio.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y sólo usted puede decidir si participa o no. Para participar en este estudio, debe haber firmado el formulario de consentimiento que se le entregará. Tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que indicar el motivo.

Los datos personales 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. Además, no se utilizarán para ningún otro fin y para proteger tu identidad, tu nombre será sustituido por un código.

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio de investigación, póngase en contacto con ....

Firma del paciente

Santander, a ..... de ..... de 2024

**Declaración de consentimiento informado**

*Eficacia de la intervención logopédica con la inclusión del cuidador frente a la intervención tradicional en pacientes con afasia post-ictus*

D. /Dña. ...., de ..... años de edad 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 “*Eficacia de la intervención logopédica con la inclusión del cuidador frente a la intervención tradicional en pacientes con afasia post-ictus*”.

He sido también informado/a de que mis datos personales 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.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Firma del investigador

Firma del paciente

Santander, a ..... de ..... de 2024

### ANEXO 3

## Hoja de recogida de información

*Eficacia de la intervención logopédica con la inclusión del cuidador frente a la intervención tradicional en pacientes con afasia post-ictus*

Fecha de la evaluación: ... / ... / ...

#### **PACIENTE:**

Nombre: ...

Apellido: ...

Edad: ...

Fecha de nacimiento: ... / ... / ...

Fecha del ACV: ... / ... / ...

#### • **Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia, versión abreviada:**

	<i>Percentil (0-100)</i>
<b>ESCALA DE SEVERIDAD</b>	...
<b>FLUIDEZ</b>	
Longitud de la frase	...
Línea melódica	...
Forma gramatical	...
<b>HABLA DE CONVERSACIÓN / EXPOSICIÓN</b>	
Respuestas sociales sencillas	...
<b>COMPRESION AUDITIVA</b>	
Discriminación de palabras	...
Órdenes	...
Material ideativo complejo	...
<b>ARTICULACIÓN</b>	
Agilidad articulatoria	...
<b>RECITADO</b>	
Secuencias automatizadas	...
<b>REPETICIÓN</b>	
Palabras	...
Oraciones	...
<b>DENOMINACIÓN</b>	
Respuesta de denominación	...
Test de vocabulario de Boston	...

Denominación por categorías	...
<b>PARAFASIA</b>	
Evaluación del perfil del habla	...
Fonémica	...
Verbal	...
Neológica	...
De múltiples palabras	...
<b>LECTURA</b>	
Emparejar tipos de escritura	...
Emparejar números	...
Emparejar dibujo-palabra	...
Lectura de palabras en voz alta	...
Lectura de oraciones en voz alta	...
Comprensión de oraciones en voz alta	...
Comprensión de oraciones y párrafos	...
<b>ESCRITURA</b>	
Forma	...
Elección de letras	...
Facilidad motora	...
Vocabulario básico	...
Fonética regular	...
Palabras irregulares comunes	...
Denominación escrita de dibujos	...
Escritura narrativa	...

- **Escala GENCAT:**

Índice de Calidad de Vida: ...

Percentil del Índice de Calidad de Vida: ...

- **Inventario de Depresión de Beck:**

Resultado obtenido: ... /63

\*Puntuación entre 0-3 → Depresión nula o mínima  
Puntuación entre 14-19 → Depresión leve  
Puntuación entre 20-28 → Depresión moderada  
Puntuación entre 26-63 → Depresión severa

## Hoja de recogida de información

*Eficacia de la intervención logopédica con la inclusión del cuidador frente a la intervención tradicional en pacientes con afasia post-ictus*

Fecha de la evaluación: ... / ... / ...

### **CUIDADOR:**

Nombre: ...

Apellido: ...

Edad: ...

Fecha de nacimiento: ... / ... / ...

Relación con el paciente (cónyuge, hijo/hija, etc.): ...

- **Escala de Zarit (sobrecarga del cuidador):**

Resultado obtenido: ... /88

- \*Puntuación <47 puntos → No se encuentra en situación de sobrecarga
- Puntuación entre 47-55 → Sobrecarga leve
- Puntuación >55 puntos → Sobrecarga intensa

**Ejemplos de sesiones de logopedia**

<b>Primera semana</b>	
<b>DÍA 1</b> Fecha: .. / .. / .. Duración: 45 min	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dar la bienvenida al paciente y discusión sobre su evolución (5 min)</li> <li>2) Trabajo con la logopeda (35 min):  <u>Objetivo:</u> Mejorar las capacidades de comunicación  <u>Ejercicio propuesto:</u> Utilización del método PACE ((Promoting Aphasia Communication Effectiveness).  <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ El paciente y el terapeuta tienen delante las mismas imágenes (8 imágenes) y están separados por una protección. Las imágenes son similares, pero todas diferentes. El objetivo es conseguir que la otra persona adivine una de las imágenes. Se trata de dar la máxima información posible, utilizando todos los canales de comunicación disponibles (lenguaje oral, gestos, dibujo, etc.). Este ejercicio puede repetirse muchas veces, utilizando imágenes diferentes cada vez.</li> </ul> </li> <li>3) Concluir la sesión y despedirse del paciente (5 min)</li> </ol>
<b>DÍA 2</b> Fecha: .. / .. / .. Duración: 45 min	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dar la bienvenida al paciente y discusión sobre su evolución (5 min)</li> <li>2) Trabajo con la logopeda (35 min):  <u>Objetivo:</u> Mejorar el acceso a la palabra.  <u>Ejercicio propuesto:</u> Ejercicios de evocación de vocabulario  <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Final de las frases: El terapeuta empieza una frase y el paciente tiene que terminarla. Ejemplo: "He ido a la panadería a comprar...".</li> <li>➔ Citar palabras relacionadas con la categoría solicitada: por ejemplo, decir 5 cosas que podemos encontrar en una cocina.</li> </ul> </li> <li>3) Concluir la sesión y despedirse del paciente (5 min)</li> </ol>
<b>DÍA 3</b> Fecha: .. / .. / .. Duración: 45 min	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dar la bienvenida al paciente y discusión sobre su evolución (5 min)</li> </ol>

	<p>2) Trabajo con la logopeda (35 min):</p> <p><u>Objetivo:</u> Mejorar las capacidades de comunicación</p> <p><u>Ejercicio propuesto:</u> Utilización del método PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness).</p> <p>3) Concluir la sesión y despedirse del paciente (5 min)</p>
<p><b>DÍA 4</b></p> <p>Fecha: .. / .. / ..</p> <p>Duración: 1 hora</p>	<p>1) Dar la bienvenida al paciente y discusión sobre su evolución (5 min)</p> <p>2) Trabajo con la logopeda (35 min):</p> <p><u>Objetivo:</u> Mejorar el acceso a la palabra.</p> <p><u>Ejercicio propuesto:</u> Ejercicios de evocación de vocabulario</p> <p>➔ Juego de adivinanzas</p> <p>3) Concluir la sesión con el paciente (5 min)</p> <p>4) Conclusión con el cuidador, dar las pautas y responder a las preguntas (10 min)</p> <p>5) Despedirse (5 min)</p>

## ANEXO 5

### Primer taller grupal

*Eficacia de la intervención logopédica con la inclusión del cuidador frente a la intervención tradicional en pacientes con afasia post-ictus*

**Tema del taller:** *¿Qué es la afasia?*

**Dirigido por:** logopeda 3 y 4, psicólogo 2

**Participantes:** cuidadores de los pacientes del grupo 2

**Fecha:** 18 / 02 / 2024

**Contenido del taller:**

- I. ¿Qué es la afasia?
  - a. Definición de la afasia
  - b. Causas de la afasia
- II. Diferentes tipos de afasia
- III. Como afecta al lenguaje
  - a. Breve explicación de cómo funciona el lenguaje
  - b. Dificultades que puede tener una persona con afasia para comunicar
- IV. Trabajo del logopeda
- V. Debate y preguntas



# Afasia



## ¿Qué es la AFASIA?

La **afasia** es un trastorno adquirido de la comprensión y expresión del **lenguaje** asociado a un **daño cerebral**.

La afasia puede presentar distintos grados de afectación y de recuperación en función de la localización de la lesión, su severidad y su etiología.

## El trabajo del logopeda

Los **logopedas** son los que diagnostican y tratan la **afasia**. Su objetivo es optimizar las capacidades lingüísticas y reducir el impacto de la afasia en la vida diaria de los pacientes. La logopedia mejora la comunicación funcional, la lectura, la escritura y el lenguaje expresivo.

## ¿Cuáles son los distintos tipos de afasia?

Existen muchas formas de afasia, clasificadas en 2 categorías: **fluyente** y **no fluyente**

- **Fluente:** sobre todo dificultades de comprensión. Llamada afasia de **Wernicke**.
- **No fluyente:** sobre todo dificultades de expresión. Llamada afasia de **Broca**.

## ¿Como afecta al lenguaje?

- Dificultades para **hablar**: dificultad para encontrar sus palabras (anomia), distorsión de las palabras (parafasias), habla no fluida, incapacidad total para expresarse, etc.
- Dificultades para **comprender** el lenguaje hablado y escrito
- Dificultades de **lectura** y/o **escritura**

## ¿Cuáles son las causas?

Las causas de la afasia son **variadas** y dan lugar a diferentes síntomas en cada persona. Suele aparecer repentinamente tras:

- un accidente cerebrovascular (ACV),
- un traumatismo craneal o cerebral,
- una intervención quirúrgica,
- un ataque epiléptico,
- una inflamación neurológica, etc.

1. Grossman M, Irwin DJ. Primary Progressive Aphasia and Stroke Aphasia. Contin Minneap Minn. junio de 2018;24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY):745-67.

2. M.m. W, S.a. B. Factors predicting post-stroke aphasia recovery. J Neurol Sci. 15 de mayo de 2015;352(1):12-8.

3. Goldenberg G, Spatt J. Influence of Size and Site of Cerebral Lesions on Spontaneous Recovery of Aphasia and on Success of Language Therapy. Brain Lang. 1 de noviembre de 1994;47(4):684-98.

4. Monetta L, Maccoir J. Intensité des traitements orthophoniques de l'aphasie post-AVC: données de la littérature et enjeux actuels. 1 de septiembre de 2018;275:63-74.

5. Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Database Syst Rev. 1 de junio de 2016;2016(6):CD000425.

## **ANEXO 7**

### **Segundo taller grupal**

*Eficacia de la intervención logopédica con la inclusión del cuidador frente a la intervención tradicional en pacientes con afasia post-ictus*

**Tema del taller:** *Comunicarse con una persona afásica*

**Dirigido por:** logopeda 3 y 4, psicólogo 2

**Participantes:** cuidadores de los pacientes del grupo 2

**Fecha:** 21 / 02 / 2024

**Contenido del taller:**

- I. Consejos generales para facilitar la comunicación
- II. Cómo ayudar a las personas con afasia a entenderle
- III. Cómo ayudar a las personas con afasia a expresarse y transmitir su mensaje
- IV. Aplicación de los consejos (rol playing)
- V. Debate y preguntas



## **Consejos para hablar con alguien con afasia**

Es importante entender que las personas con afasia siguen siendo personas con **necesidades** y **deseos**, y que aún son capaces de tomar sus propias decisiones. Aunque no tengan palabras, necesitan **comunicarse** como cualquier otra persona. Es importante:

- **Adaptar su forma de hablar.** Hablar despacio, con frases cortas y sencillas.
- **Tener paciencia.** Darle tiempo de hablar y no terminar sus frases.
- **Animar a hablar.** Fomentar todos los intentos de comunicación.
- **Elegir un lugar tranquilo**, sin ruidos de fondo ni distracciones.
- **No corregirlo**, lo importante es el contenido, no la forma. Tiene derecho a cometer errores.
- **Mantener el contacto visual** con su interlocutor. Mirarle de frente.
- **Hacer preguntas sencillas.** Utilizar frases cortas y pedir solo una cosa a la vez (¿Quieres agua?).
- **Hacer preguntas cerradas.** Preguntas a las que puedan responder sí o no.
- **Resumir** lo que ha entendido y pedir más explicaciones si no ha entendido algo.
- **Utilizar todas las herramientas posibles** para transmitir un mensaje. Se pueden utilizar fotos, dibujos u objetos para facilitar la comunicación.
- **Los gestos y la expresión facial son muy importantes.** Nuestra voz, gestos y expresiones faciales también pueden utilizarse para transmitir información, no solo palabras.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grossman M, Irwin DJ. Primary Progressive Aphasia and Stroke Aphasia. *Contin Minneap Minn.* junio de 2018;24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY):745-67.
2. M.m. W, S.a. B. Factors predicting post-stroke aphasia recovery. *J Neurol Sci.* 15 de mayo de 2015;352(1):12-8.
3. Goldenberg G, Spatt J. Influence of Size and Site of Cerebral Lesions on Spontaneous Recovery of Aphasia and on Success of Language Therapy. *Brain Lang.* 1 de noviembre de 1994;47(4):684-98.
4. Connor LT, Obler LK, Tocco M, Fitzpatrick PM, Albert ML. Effect of Socioeconomic Status on Aphasia Severity and Recovery. *Brain Lang.* 1 de agosto de 2001;78(2):254-7.
5. González-Fernández M, Davis C, Molitoris JJ, Newhart M, Leigh R, Hillis AE. Formal Education, Socioeconomic Status, and the Severity of Aphasia After Stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 1 de noviembre de 2011;92(11):1809-13.
6. Marshall J. Classification of aphasia: Are there benefits for practice? *Aphasiology.* 1 de marzo de 2010;24(3):408-12.
7. Sheppard SM, Sebastian R. Diagnosing and managing post-stroke aphasia. *Expert Rev Neurother.* febrero de 2021;21(2):221-34.
8. Carmen Portillo Vega M, Wilson-Barnett J, Isabel Saracíbar Razquin M. Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: metodología y primeros resultados. *Enferm Clínica.* enero de 2002;12(3):94-103.
9. Grönberg A, Henriksson I, Stenman M, Lindgren AG. Incidence of Aphasia in Ischemic Stroke. *Neuroepidemiology.* 2022;56(3):174-82.
10. Heiss WD, Thiel A. A proposed regional hierarchy in recovery of post-stroke aphasia. *Brain Lang.* 1 de julio de 2006;98(1):118-23.
11. Berthier ML, Dávila G, García-Casares N, Moreno-Torres I. Post-stroke Aphasia. En: Schweizer TA, Macdonald RL, editores. *The Behavioral Consequences of Stroke* [Internet]. New York, NY: Springer; 2014 [citado 26 de enero de 2024]. p. 95-117. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7672-6\\_6](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7672-6_6)
12. Sinanović O, Mrkonjić Z, Zukić S, Vidović M, Imamović K. POST-STROKE LANGUAGE DISORDERS. *Acta Clin Croat.* 2011;50(1).
13. Monetta L, Macoir J. Intensité des traitements orthophoniques de l'aphasie post-AVC: données de la littérature et enjeux actuels. 1 de septiembre de 2018;275:63-74.
14. Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 1 de junio de 2016;2016(6):CD000425.

15. Vitti E, Hillis AE. Treatment of post-stroke aphasia: A narrative review for stroke neurologists. *Int J Stroke Off J Int Stroke Soc.* diciembre de 2021;16(9):1002-8.
16. Lestrade C. Les limites des aidants familiaux. *Empan.* 2014;94(2):31-5.
17. Trauchessec J, Sainson C, Bolloré C. Neurologie et orthophonie : Théorie et évaluation: Évaluation et prise en soin des troubles acquis de l'adulte - 2 [Internet]. De Boeck Supérieur; 2022. (Évaluation et prise en soin des troubles acquis de l'adulte). Disponible en: <https://books.google.es/books?id=2e2aEAAAQBAJ>
18. Coleman ER, Moudgal R, Lang K, Hyacinth HI, Awosika OO, Kissela BM, et al. Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review. *Curr Atheroscler Rep.* 11 de noviembre de 2017;19(12):59.
19. Bullier B, Cassoudeulle H, Villain M, Cogné M, Mollo C, De Gabory I, et al. New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Ann Phys Rehabil Med.* 1 de enero de 2020;63(1):33-7.
20. Draper B, Bowring G, Thompson C, Van Heyst J, Conroy P, Thompson J. Stress in caregivers of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* febrero de 2007;21(2):122-30.
21. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of Caregiving Burden and Quality of Life in Caregivers of Stroke Patients. *Stroke.* octubre de 2005;36(10):2181-6.
22. Purdy M, Hindenlang J. Educating and training caregivers of persons with aphasia. *Aphasiology.* 1 de mayo de 2005;19(3-5):377-88.
23. Shafer JS, Shafer PR, Haley KL. Caregivers navigating rehabilitative care for people with aphasia after stroke: a multi-lens perspective. *Int J Lang Commun Disord.* julio de 2019;54(4):634-44.
24. Wafa HA, Wolfe CDA, Emmett E, Roth GA, Johnson CO, Wang Y. Burden of Stroke in Europe. *Stroke.* agosto de 2020;51(8):2418-27.
25. Berthier ML. Poststroke aphasia : epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs Aging.* 2005;22(2):163-82.
26. Thomas L, Lander L, Cox N, Romani C. Speech and language therapy for aphasia: parameters and outcomes. *Aphasiology.* 3 de mayo de 2020;34(5):603-42.
27. Goodglass H. Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados. 3a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
28. Verdugo Alonso MÁ, Arias Martínez B, Gómez Sánchez LE, Schallock RL. Escala GENCAT: Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. Barcelona; 2009.
29. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory: BDI-II. 2. ed. San Antonio: Pearson; 1996. 38 p.

30. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. diciembre de 1980;20(6):649-55.
31. Lobo EH, Frølich A, Abdelrazek M, Rasmussen LJ, Grundy J, Livingston PM, et al. Information, involvement, self-care and support—The needs of caregivers of people with stroke: A grounded theory approach. *PLOS ONE*. 31 de enero de 2023;18(1):e0281198.
32. Magnus BH, Dias RF, Beber BC. Effects of a short educational program about aphasia (SEPA) on the burden and quality of life of family caregivers of people with aphasia. *CoDAS*. 2 de septiembre de 2019;31:e20180218.
33. Tsai PC, Yip PK, Tai JJ, Lou MF. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Prefer Adherence*. 18 de marzo de 2015;9:449-57.
34. Mohr B, Stahl B, Berthier ML, Pulvermüller F. Intensive Communicative Therapy Reduces Symptoms of Depression in Chronic Nonfluent Aphasia. *Neurorehabil Neural Repair*. diciembre de 2017;31(12):1053-62.
35. Preetha UM, Perumal RC. Quality of Communication Life (QoCL) In Persons with Expressive Aphasia With And Without Communication Intervention – A Comparative Study. *Neurol India*. junio de 2022;70(3):1125.
36. Bahia MM, Chun RYS. Quality of life in aphasia: differences between fluent and non-fluent aphasic Augmentative and Alternative Communication users. *Audiol - Commun Res*. 17 de octubre de 2014;19:352-9.