



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina



GRADO EN LOGOPEDIA

COMPARACIÓN LOGOPÉDICA EN AFASIA TRAS ACV: FASE HOSPITALARIA Y FASE AMBULATORIA

AUTORA: ANDREA GONZÁLEZ MARTÍN

TUTOR: ENRIQUE GONZÁLEZ MARTÍN

TRABAJO DE FIN GRADO

CURSO 2019/2020

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	OBJETIVOS A LOGRAR.....	6
3.	METODOLOGÍA	7
3.1.	METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA PARTE TEÓRICA	7
3.2.	METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA PARTE PRÁCTICA.....	7
4.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
4.1.	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV).....	9
4.1.1.	CÓDIGO ICTUS.....	10
4.1.2.	UNIDAD DE ICTUS (UI).....	10
4.1.3.	REHABILITACIÓN DEL ACV	12
4.2.	AFASIA EN ACV.....	16
4.2.1.	DEFINICIÓN	16
4.2.2.	CLASIFICACIÓN	16
4.2.3.	SINTOMATOLOGÍA.....	17
4.2.4.	REHABILITACIÓN DE LA AFASIA	19
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	22
6.	CONCLUSIONES	38
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
8.	ANEXOS	43
	ANEXO I: “Protocolo de evaluación tipo screening basado en el Test Barcelona-2”...	43
	ANEXO II: “Pautas e instrucciones a la familia en la fase hospitalaria”	44
	ANEXO III: “Material: power point de láminas de diferentes campos semánticos”	46

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutor, Enrique, por guiarme desde el primer momento, ajustarse a mi idea principal y estar dispuesto a resolver cualquier duda que me surgiera de la mejor manera posible, a pesar de la situación actual.

En segundo lugar, quiero agradecer por la gran oportunidad que he tenido a la hora de realizar mis prácticas durante este año, ya que he podido realizarlas en centros donde trataban el área de la logopedia que más me llena, el daño neurológico. Al igual, que por la oportunidad que he tenido al poder formar parte de la Academia de Alumnos Internos y poder aumentar mi profesionalidad en el ámbito hospitalario, siendo uno de los ámbitos en los que más me gusta trabajar.

También, quiero agradecer a Ciron, donde he podido poner en práctica todo lo aprendido. Y, entre ellos, agradecer a Patricia Murciego, por su ayuda, por enseñarme más sobre la logopedia y por hacer que me encante mi futura profesión.

Por último, quiero agradecer a las personas que han estado conmigo durante estos cuatro años, mis compañeros, familia y amigos, por estar apoyándome para conseguir mis metas.

RESUMEN

La afasia es una de las principales alteraciones que presentan las personas que sufren un accidente cerebrovascular (ACV). Es considerada como un trastorno del lenguaje y la comunicación que altera la calidad de vida de las personas que la padecen dificultándola en varios ámbitos. Debido a esto, se precisa desde el inicio de la aparición del cuadro, cuando el paciente se encuentra ingresado en el hospital, realizar una intervención precoz con el profesional adecuado, el logopeda, para que, posteriormente, tras la salida de este centro, pueda continuar su recuperación hasta conseguir mejora en sus dificultades.

A causa de la escasez de profesionales en el ámbito hospitalario y, por lo tanto, de información sobre la logopedia en este ámbito, se propone una comparación de la rehabilitación logopédica de la afasia tras ACV en fase hospitalaria y ambulatoria, con el fin de conocer profundamente las diferencias que existen entre ambas para facilitar el proceso de intervención, además de aportar información sobre la logopedia en el ámbito hospitalario, en el que apenas existe la figura del logopeda.

Palabras clave: ACV, afasia, fase hospitalaria, fase ambulatoria, rehabilitación logopédica.

ABSTRACT

Aphasia is one of the main alterations that people who have a stroke. Is considered as a language and communication disorder that alters the quality of life of people who have it by making it difficult in several areas. Because of this, it is accurate from the onset of the stroke, when the patient is admitted to the hospital, perform an early intervention with the right professional, the speech therapist, so, that later, after leaving this center, it can continue its recovery until it gets improved in its difficulties.

Because of the shortage of professionals in the hospital environment and, therefore, information on speech therapy in this area, proposes a comparison of the logo-state rehabilitation of aphasia after stroke in hospital and outpatient phase, in order to know deeply the differences that exist between the two to facilitate the intervention process, in addition to providing information about speech therapy in the hospital environment, in which there is hardly the figure of the speech therapist.

Keywords: stroke, aphasia, hospital phase, outpatient phase, logo-state rehabilitation

1. INTRODUCCIÓN

Este documento corresponde al Trabajo de Fin de Grado (TFG) llevado a cabo durante el cuarto y último curso de la carrera de Logopedia.

Se trata de un proyecto en el que se recogen los conocimientos adquiridos por los alumnos durante los cuatro años, siendo necesaria su realización para la adquisición del título. Es realizado de manera independiente por cada alumno mediante un trabajo escrito, pero con la orientación y supervisión por parte del tutor.

Puede desarrollarse mediante cuatro modalidades diferentes. En el caso de este trabajo se basará en la modalidad B, que corresponde a un proyecto de investigación teórico-experimental.

El tema escogido se centra en las afasias tras un accidente cerebrovascular (ACV). Para la elección del mismo, me he basado en el campo que más se acomoda a mis gustos, el daño neurológico, y en lo observado a lo largo de mi formación práctica en este último curso, siendo la afasia el trastorno que más he podido observar. Esta formación, la he realizado en varios centros entre los cuales se encuentra el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, en el que tuve la oportunidad de estar en la Unidad de Ictus perteneciendo a la Academia de Alumnos Internos, y Ciron (Centro Integral de Rehabilitación). En ambos centros encontré una gran variedad de pacientes con afasia, existiendo en el caso del primero una rehabilitación durante la fase hospitalaria, y en el segundo en la fase ambulatoria. Debido a la posibilidad de estar en varios centros y observar que tanto en Ciron como en el Hospital trataba pacientes con el mismo trastorno, surgió la idea, con ayuda del tutor, de poder comparar cómo es la rehabilitación de ese trastorno en ambos ámbitos.

Con esta propuesta, se busca observar las diferencias en cada uno de los aspectos que completan la rehabilitación de la afasia tanto en la fase hospitalaria como en la ambulatoria, con el fin de conseguir una rehabilitación oportuna y adecuada en cada ámbito, teniendo en cuenta cada detalle. También, se pretende dar a conocer el papel del logopeda en el ámbito hospitalario, ya que existe un escaso número de profesionales en este ámbito, y, por lo tanto, hace que su labor sea poco conocida tanto por el resto de los profesionales como por la población.

Este trabajo se compone de varios apartados en los que se desarrolla el tema elegido:

Primeramente, se realiza un planteamiento de los objetivos a alcanzar con la realización del trabajo. Tras esto, se recoge la metodología utilizada para su realización, encontrándose dividida en metodología de la parte teórica y parte práctica.

A continuación, se desarrolla la fundamentación teórica, en la cual se recogen las bases teóricas sobre las ideas a tratar en el trabajo, siendo los conceptos principales del trabajo: afasia, ACV y rehabilitación. Esta se basa en la recopilación de diferentes artículos y libros de los cuales se ha extraído la información oportuna.

En el siguiente apartado se desarrollan los resultados y la discusión. En los resultados se encuentra la comparación de ambas fases, en la que se recoge la información obtenida y observada a lo largo de formación práctica en ambos centros. Tras esto, con la discusión, se observa si los datos recogidos corresponden con lo comentado por diversos autores.

Para finalizar el trabajo, se elaboran unas conclusiones en las que se recogen los aspectos más relevantes observados en la investigación del tema y en la comparación de la rehabilitación logopédica en ambos ámbitos recogida en los resultados.

2. OBJETIVOS A LOGRAR

Los objetivos que se pretenden alcanzar a lo largo de la realización de este trabajo son los siguientes:

- a) Realizar una revisión bibliográfica de artículos, libros y estudios en relación con los conceptos de afasia, accidente cerebrovascular y rehabilitación.
- b) Comprobar mediante la revisión bibliográfica si existen artículos, libros y estudios que recojan información sobre la rehabilitación logopédica en los ámbitos hospitalario y ambulatorio.
- c) Establecer los diversos aspectos comunes que influyen y completan la rehabilitación logopédica de las afasias en ambas fases.
- d) Comparar la rehabilitación de la afasia en la fase hospitalaria y en la fase ambulatoria en función de los aspectos establecidos, basándose en lo observado a lo largo de la formación práctica realizada en este último curso.
- e) Contrastar lo obtenido en los resultados con lo estudiado por diferentes autores recogido en diversos artículos, libros y estudios.
- f) Extraer conclusiones sobre los aspectos observados en la comparación de la rehabilitación logopédica de la afasia.
- g) Mostrar la información recogida durante el periodo de formación práctica mediante la recopilación, en el apartado de anexos, de aquellos materiales utilizados para la rehabilitación con este tipo de sujetos.
- h) Reivindicar la importancia de la logopedia en el ámbito hospitalario.
- i) Aportar información sobre cómo debe ser la rehabilitación logopédica de las afasias en el ámbito hospitalario.

3. METODOLOGÍA

3.1. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA PARTE TEÓRICA

Para la realización de la parte teórica se ha realizado una revisión bibliográfica de diversos artículos, libros y páginas web durante los meses de febrero a abril, con el fin de poder conocer los conceptos principales del proyecto.

La revisión se ha realizado mediante la búsqueda en las bases de datos Google Scholar, Pumbed y Dialnet.

Los criterios utilizados para esta búsqueda se han basado en el idioma utilizado y en el año de publicación. En cuanto al idioma, se han buscado artículos en español y en inglés. Y, en el caso del criterio del año de publicación, se ha realizado mediante una criba de artículos publicados en los últimos 10 años (2010-2020), siendo la mayoría de los documentos encontrados entre estos años, aunque otros de los consultados han sido obtenidos fuera de este periodo.

Las palabras claves utilizadas para esta búsqueda han sido: “ACV”, “Afasia”, “Ictus”, “Código Ictus”, “Unidad de Ictus”, “Fase hospitalaria”, “Rehabilitación” e “Intervención logopédica”, siendo necesario combinar algunas de ellas entre sí para obtener mayores resultados. Con estas, se ha podido encontrar un total de 31 artículos, sin embargo, no todos presentaban la información para conocer los conceptos, siendo necesario realizar una selección, utilizándose finalmente 23 artículos. Entre estos artículos, 22 de ellos son en español y 1 en inglés.

Además, se han consultado en diversas páginas web oficiales, como la página de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como en libros y manuales obtenidos a través de Almena, el buscador de la Universidad de Valladolid (UVa).

3.2. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA PARTE PRÁCTICA

Los resultados de este trabajo se han obtenido mediante la realización de una comparativa entre las dos fases del periodo de rehabilitación de las afasias. Para poder realizar la estructura de la comparación se han necesitado varios ítems que presentan en común la rehabilitación de ambas fases. Los ítems han sido elegidos en función de lo observado a lo largo de lo aprendido en las asignaturas del grado y en las prácticas realizadas en este último curso. Para esta elección, se han escogido tanto los que se observan de manera directa en el proceso

(evaluación, objetivos, metodología...) como los observados indirectamente, pero que son claves dentro de la rehabilitación, como son las actitudes y la relación del paciente, familia y profesional.

Tras la elección de los ítems se ha podido realizar la comparación oportuna. Esta se ha elaborado gracias a la asistencia durante el periodo de prácticas en los dos centros nombrados en el apartado de introducción. Dentro de las prácticas, la metodología a utilizar en ambos fue mediante la observación directa de los pacientes que trataba el profesional de logopedia y mi propia intervención directa con cada paciente en ambos ámbitos. Además, para recoger de una manera más veraz lo observado, en ambos campos, se ha utilizado un cuaderno de registro en el que se ha recogido la información obtenida con cada paciente en cada uno de los diferentes apartados (evaluación, intervención, actitudes...).

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

La Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) actualmente denominada con el término accidentes cerebrovasculares (ACV) y comúnmente conocidos como ictus, se definen como:

“La consecuencia final de un gran grupo de procesos patológicos que afectan el proceso vascular del sistema nervioso, produciendo isquemia y alteración de áreas neuronales, y que tienen como presentación una amplia escala de síndromes, cada uno con sus tipologías particulares” (González Piña y Landínez Martínez, 2016, p. 496).

Se considera que el ACV constituye una de las principales causas de muerte a nivel mundial y la causa más común de casos de discapacidad en personas adultas.

Su incidencia aumenta con la edad y con la existencia de factores de riesgo entre los que podemos encontrar la hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes, obesidad y tabaquismo, entre otros.

Según Díez-Tejedor, Del Brutto, Álvarez-Sabín, Muñoz y Abiusi (2001) y González Piña y Landínez Martínez (2016) los ACV se dividen principalmente en dos tipos:

- ACV isquémico: es aquel que es producido por una isquemia cerebral, que consiste en un escaso aporte de sangre al Sistema Nervioso Central (SNC), que puede manifestarse de manera global o focal. Estos son considerados por presentar una duración mayor de 24 horas, pero cuando la duración es de menos de una hora son denominados Accidente Isquémico Transitorio (AIT).
- ACV hemorrágico; que es producido por una hemorragia, definida como la una rotura del vaso sanguíneo generando, así, sangrado dentro del encéfalo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) el síntoma más común del ACV es la pérdida súbita, generalmente unilateral, de fuerza muscular en los brazos, piernas o cara. Otros síntomas que lo acompañan son: confusión, dificultad para hablar o comprender; problemas visuales en uno o ambos ojos;

dificultad para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación; dolor de cabeza intenso de causa desconocida; y debilidad o pérdida de conciencia.

4.1.1. CÓDIGO ICTUS

El procedimiento que los servicios de urgencias llevan a cabo cuando reciben una llamada en la que se informa sobre una persona con posibles síntomas de ACV, es denominado: “Código ictus”. Este se define como:

“Un procedimiento de actuación prehospitalaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, de posible naturaleza isquémica, con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato, a un centro hospitalario capacitado, de aquellos pacientes candidatos a beneficiarse de una terapia de reperfusión y cuidados especiales en una Unidad de Ictus (UI)” (Gállego et al., 2008, p. 17).

Según Masjuan et al. (2010), tras la activación de este código se necesita una correcta organización del personal, así como de los recursos, para que la persona que sufre el ACV sea atendido en un periodo menor de 2 horas desde el inicio del cuadro.

Cuando los servicios de emergencias comunican una posible sospecha de caso de ACV, es necesario poner en marcha un equipo formado por médicos de cuidados críticos, urgencias, radiología y neurología, cuya función será establecer los medios necesarios para el diagnóstico y tomar la decisión de si el paciente necesita o no el tratamiento trombolítico entendido como el tratamiento más eficaz para los ACV (Navarrete Navarro, Pino Sánchez, Rodríguez Romero, Murillo Cabezas y Jiménez Hernández, 2008).

4.1.2. UNIDAD DE ICTUS (UI)

Tras el establecimiento del diagnóstico y el posible tratamiento, el paciente será trasladado a la Unidad de Ictus. Gállego et al. (2008) definen esta unidad como una estructura hospitalaria dedicada al cuidado de pacientes con ictus durante las primeras horas o días, que cuenta con un equipo y unos servicios multidisciplinares para el tratamiento y la asistencia a los pacientes de manera continua.

Los objetivos principales del ingreso en la unidad son:

- Afirmar el diagnóstico
- Establecer la etiología
- Establecer e iniciar el tratamiento.

Según Masjuan et al. (2010), el criterio de ingreso en esta unidad no depende ni de la edad, ni del género, ni del tipo y gravedad de ictus, sino que todo aquel que sufra un ACV con menos de 24 horas de evolución es candidato de beneficiarse del cuidado de la unidad, ya sea ACV isquémico, hemorrágico o AIT.

La unidad está formada por una habitación de cuatro a seis camas donde cuentan con la atención directa de los profesionales. Tanto dentro de la unidad, como a lo largo de la estancia hospitalaria, se cuenta con un equipo de profesionales de neurología y enfermería que se encargan de todo el tratamiento durante la hospitalización. Asimismo, en función de las necesidades de cada paciente, es posible contar con la ayuda de cardiólogos, nutricionistas, psiquiatras, neuropsicólogos, fisioterapeutas y logopedas, entre otros, para poder llevar a cabo el tratamiento oportuno. Además de los profesionales, en la unidad se debe contar con unos recursos materiales específicos como son: protocolos de actuación, equipos de monitoreo no invasivo de respiración, electrocardiograma y presión arterial, oxímetros, doppler transcraneal... (Pérez Nellar, Roselló Silva y Scherle Matamoros).

Tras permanecer el paciente alrededor de 72 horas en la unidad, será trasladado a la habitación del área de neurología donde se continuará con el tratamiento especializado (Pérez Nellar et al). La estancia hospitalaria aproximada, tanto en la UI como en el área de neurología, se sitúa en torno a 11 días de ingreso, variando en función de las características del paciente (Pérez Nellar, Scherle Matamoros, Roselló Silva y Fernández Cue, 2011).

Gracias a la atención precoz, continua y especializada que se presta a los pacientes dentro de la unidad, se consigue una disminución de pronóstico desfavorable, logrando así reducir la mortalidad, las complicaciones, la estancia hospitalaria, la probabilidad de sufrir otro episodio, y mejorando su independencia posterior (Gállego et al., 2008).

4.1.3. REHABILITACIÓN DEL ACV

Los ACV son la causa de discapacidad más común en las personas adultas. Producen dificultades a nivel físico, cognitivo, emocional y social alterando así la calidad de vida de quien lo padece y la de sus familiares y/o personas cercanas. Debido a la incapacidad que se produce, ya sea en mayor o menor medida, las personas que lo sufren van a requerir de la necesidad de llevar a cabo una rehabilitación.

La rehabilitación es definida como “un proceso limitado en el tiempo, cuyo objetivo es prevenir complicaciones y reducir el déficit neurológico a fin de conseguir la máxima capacidad funcional posible para facilitar la autonomía personal y la reintegración familiar y sociolaboral” (Murie-Fernández, Irimia, Martínez-Vila, John Meyer y Teasell, 2010, p. 190)

Dentro de los ACV, la rehabilitación es un proceso complicado, que debe realizarse de manera precoz, ya que reducirá la estancia del ingreso hospitalario y mejorará la independencia futura. Este proceso de rehabilitación debe llevarse a cabo en función de las diferentes fases de evolución de la enfermedad. Estas fases son (Alessandro et al., 2020 y Murie-Fernández, Irimia, Martínez-Vila, John Meyer y Teasell, 2010):

1) Fase aguda (intra-hospitalaria/hospitalaria): Es la fase inicial donde el paciente se encuentra hospitalizado. En esta fase se establecerá cuáles son las dificultades que posee el paciente, para poder establecer el tratamiento individualizado con los objetivos a cumplir y el equipo multidisciplinar adecuado para cada caso.

Tras establecer las necesidades, debe iniciarse la rehabilitación de la manera más temprana posible, ya que con ella se mejorará la evolución, disminuyendo la mortalidad y aumentando la futura independencia. Además, se establecerá una intensidad adecuada de la rehabilitación en función de la capacidad del paciente, para que se puedan observar mejoras. Arias Cuadrado (2009), comenta que, para poder comenzar con la rehabilitación, el paciente tiene que encontrarse estable, esto se considera cuando han pasado las 24 horas del inicio del cuadro sin observar ningún signo ni síntoma.

Esta fase será el punto inicial de la rehabilitación en la fase subaguda, ya que se establece cuál es el tratamiento que necesita el paciente tras el alta hospitalaria.

- 2) Fase subaguda (post-hospitalaria/ambulatoria): Comienza cuando al paciente le dan el alta hospitalaria y acude a su domicilio. La rehabilitación en esta fase va a buscar la mejora de las dificultades que se han comenzado a recuperar en la fase anterior. Esta recuperación se llevará a cabo en un periodo a medio y largo plazo.

Según Defensor del pueblo (2005) dependiendo de las características del paciente se establecen tres niveles de rehabilitación:

- Nivel III: Hospital y servicio de alta especialización. Este nivel corresponde a pacientes, que una vez que salen de la unidad de cuidados intensivos, tienen probabilidades de desarrollar complicaciones médicas. Son pacientes que presentan secuelas severas y moderadas, pero en los que se observa una buena evolución en sus dificultades.
- Nivel II: Centros ambulatorios de Rehabilitación especializados en daño cerebral. En este nivel se encuentran aquellos pacientes subagudos que ya no necesitan estar ingresados, pero en los que se pueden observar una evolución positiva en las diferentes áreas.
- Nivel I: Centros de día de mantenimiento. El paciente presenta una estabilidad neurológica y funcional, pero puede seguir beneficiándose de la rehabilitación para compensar la discapacidad y mantener las habilidades.

Moyano (2010) y Arias Cuadrado (2009) proponen una tercera fase denominada fase crónica o de estabilización, la cual no está destinada a la recuperación del déficit sino a la adaptación del mismo. Para conseguir esa adaptación se deben establecer los siguientes objetivos:

- Mantener las funciones recuperadas
- Evitar la recidiva de otro episodio y de complicaciones
- Reinsertar al sujeto en su vida personal, social y laboral

Además, para llevar a cabo una correcta rehabilitación es necesario un equipo de profesionales multidisciplinario que debe coordinarse para que el

paciente mejore de manera óptima. Este equipo estará formado por médicos rehabilitadores, neurólogos, fisioterapeutas, logopedas, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos, psicólogos, nutricionistas y ortopedas (Murie-Fernández et al., 2010 y Alessandro et al., 2020).

Estos profesionales se encargan de la rehabilitación en los diferentes niveles que se ven afectados en los ACV, como son el nivel motor (alteraciones en los miembros superiores y/o inferiores, dificultad en la marcha, espasticidad...), comunicativo, cognitivo, emocional, visual y sensitivo. Otra función de estos profesionales es encargarse de las alteraciones que afectan al equilibrio y a la deglución (disfagia) (Arias Cuadrado ,2009).

Todas estas áreas no se verán afectadas en todos los pacientes de igual manera, sino que en función del tipo ACV y del paciente afectará en un mayor o menor número de áreas y con diferente gravedad.

A lo largo de este periodo de rehabilitación, se observan una serie de factores que influyen en la recuperación y el pronóstico del paciente, estos son (Murie-Fernández et al., 2010; Arias Cuadrado, 2009 y Moyano, 2010):

- Duración del tratamiento: Este factor se puede asociar a la gravedad del caso. A mayor gravedad del ictus, mayores será las alteraciones, por lo que la evolución será peor y necesitará un mayor tiempo de recuperación, sin embargo, a menor gravedad, la evolución será favorable y se necesitará un menor tiempo de recuperación.

Es importante establecer la duración total del periodo de recuperación. Según Arias Cuadrado (2009), la rehabilitación se establece durante un periodo mínimo de 6 meses, los tres primeros meses serán en los que mayor recuperación se habrá observado, siendo el primer mes y medio donde sea más rápida; en los meses siguientes, entre el cuarto y sexto mes se observará mejoría, pero será una recuperación más leve; y a partir del sexto se observará una escasa recuperación. Sin embargo, comenta que aquellos cuadros más leves conseguirán la recuperación antes de los 6 meses, y los cuadros más graves necesitarán una recuperación de 6 meses o más.

También, se debe tener en cuenta que la duración dependerá del área que esté alterada, ya que hay casos como son los trastornos del lenguaje que se debe alargar, ya que los pacientes consiguen mejorar hasta un año y medio o dos después de haber sufrido el ACV.

- Tiempo hasta el inicio de la rehabilitación: Como hemos observado en el apartado anterior, son en los 3 primeros meses de rehabilitación donde se observa una mayor evolución. Debido a esto, el establecimiento precoz de la rehabilitación tras sufrir un ACV influye en el pronóstico del mismo. Si la rehabilitación se establece de manera temprana, la evolución será favorable, por el contrario, si se retrasa el inicio de tratamiento, se producirá una peor evolución y, por lo tanto, peor pronóstico. Además, dentro de este factor, hay casos que, a pesar de empezar de manera temprana, si durante los tres primeros meses no se observa mejoría, puede llevar a insinuar que, el pronóstico sea desfavorable.
- Intensidad del tratamiento: es necesario establecer el tiempo diario que se debe dedicar en la rehabilitación. Alessandro et al. (2020) establecen una duración aproximada de 45 minutos por sesión durante 2-5 días por semana en función de las necesidades del paciente. Se estima que cuanto mayor sea intensidad en la rehabilitación, la evolución será más favorable.
- Edad: es uno de los principales factores de los que depende el pronóstico. Cuanto mayor sea la edad de la persona que sufre el ACV, el pronóstico será peor.
- Entorno del paciente, apoyo social y estado de ánimo: tanto el estado anímico de la persona con ACV, como el apoyo que se observe por parte de su círculo más cercano, son dos factores que influirán en la recuperación.

A pesar de todo esto, se debe tener en cuenta que, cada ACV y la afectación del mismo en el paciente es diferente, al igual que las características propias del sujeto. Esto hace que cada caso sea distinto y, por lo tanto, la rehabilitación también lo sea.

4.2. AFASIA EN ACV

4.2.1. DEFINICIÓN

Cuando una persona sufre un ACV, uno de los trastornos más comunes que puede presentar es la pérdida parcial o total de su lenguaje, quedando incapacitado para poder llevar a cabo una correcta expresión o comprensión. Esto sucede porque la lesión afecta específicamente a las áreas cerebrales del lenguaje, dando lugar a una afasia.

La afasia se define como “un trastorno del lenguaje adquirido a consecuencia de un daño cerebral, que por lo general compromete todas sus modalidades: expresión y comprensión del lenguaje oral, escritura y comprensión de lectura” (Según González y Hornauer-Hughes, 2014, p. 291).

4.2.2. CLASIFICACIÓN

Actualmente, existe una gran variedad de tipos de afasias con características que los diferencian entre sí. Debido a esta gran variedad, son varios los autores que se han dedicado al estudio de los mismos y han establecido diferentes clasificaciones en función de diversos aspectos.

Según Ardila (2006), existen más de 20 clasificaciones distintas de las afasias, algunas de ellas son: la clasificación realizada por Weisenburg y McBride en 1935, que diferenció entre afasias expresivas y receptivas; la realizada por Wernicke, que distinguió los trastornos afásicos en tipo motor y tipo sensorial; la clasificación de las afasias en fluentes y no fluentes, realizada por Benson en 1967; o, la realizada por Jakobson en 1964, que se basó en la lingüística distinguiendo entre trastornos paradigmáticos y sintagmáticos, que más adelante fue incorporada por Luria en 1980.

Sin embargo, este autor establece las clasificaciones principales utilizadas en la actualidad (Ver tabla 1):

Tabla1. *Principales clasificaciones recientes de los síndromes afásicos. Extraído de Ardila (2006)*

Luria 1966	Benson & Geschwind 1971	Hécaen & Albert 1978	Kertesz 1979	Benson 1979	Lecours et al. 1983
Motora eferente	Broca	Agramática	Broca	Broca	Broca
Sensorial	Wernicke	Sensorial	Wernicke	Wernicke	Wernicke Tipo I
Motora aferente	Conducción	Conducción	Conducción	Conducción	Conducción
Dinámica	Transcortical motora	Transcortical motora	Transcortical motora	Transcortical motora	Aspontaneidad
----	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial	Wernicke Tipo II
----	Aislamiento área lenguaje	---- Aislamiento	Transcortical mixta	----	
Semántica Amnésica	Anómica	Amnésica	Anómica	Anómica	Amnésica
---	Global	---	Global	Global	----
---	Afemia	Motora pura	---	Afemia	Anartria pura

4.2.3. SINTOMATOLOGÍA

El lenguaje de una persona con afasia se caracteriza por la presencia de alteraciones a nivel comprensivo y expresivo en el lenguaje oral y escrito, dificultando la comunicación de la persona con su entorno. Debido a esto, pueden presentar dificultades en la articulación, fluidez del habla, en la comprensión, repetición de palabras, denominación, así como en leer y escribir.

Sin embargo, no todas las personas afásicas presentan la misma sintomatología. Esto se debe a la diversidad de tipos de afasias que existen, alterándose en cada caso áreas diferentes y produciendo así una variación de síntomas. Debido a esto, se habla de que no existe un paciente igual, sino que cada paciente con este diagnóstico es diferente.

Según Jiménez Hornero (2011) y Martín Dorta y Sicilia Sosvilla (2012), los errores lingüísticos más característicos que muestran las personas con afasia son:

- Anomia: es la dificultad o incapacidad para evocar el nombre correspondiente a cada objeto. Es uno de los síntomas principales de las afasias. Como consecuencia de la anomia, pueden aparecer circunloquios.
- Automatismos: son elementos del lenguaje automático o expresiones utilizadas en la vida cotidiana, que persisten a pesar de la reducción del lenguaje.
- Estereotipia: emisión de un conjunto de sonidos, sílabas o palabras que se producen de manera repetida para intentar hablar. Pueden ser con o sin sentido.
- Parafasias: sustitución de fonemas, sílabas o palabras adecuadas por otras que no corresponden. Existen dos tipos: parafasias fonémicas y parafasias verbales.

Al igual que la anomia, son uno de los síntomas más comunes dentro de las afasias. Debido a su gran existencia en el lenguaje afásico, producen otros errores lingüísticos, como son las jergafasias y neologismos.

- Ecolalia: repetición automática de la última palabra o frase que el paciente afásico acaba de decir a su interlocutor.
- Perseveraciones: repetición de palabras dichas anteriormente, en un momento donde no tiene sentido con lo que se está diciendo.
- Agramatismos: dificultad para realizar uniones gramaticales, conjugar verbos y utilizar las palabras función, utilizando únicamente sustantivos y verbos en infinitivo.

En relación con los errores en el lenguaje escrito, según Jiménez Hornero (2011) los afásicos pueden presentar:

- Agrafía: pérdida total o parcial de la capacidad de escribir.
- Alexia: dificultad en la comprensión del lenguaje escrito.

Además de presentar estas alteraciones a nivel del lenguaje, las afasias suelen acompañarse de trastornos asociados. Algunos de estos trastornos son: alteraciones motoras, dificultades sensoriales, dificultades en el cálculo, trastornos cognitivos, trastornos psiquiátricos, además de alteraciones en la personalidad y en el estado anímico de la persona que la padece (Villodre Campos y Morant Gimén, 2011).

4.2.4. REHABILITACIÓN DE LA AFASIA

El trastorno afásico produce un gran impacto en la vida de las personas que lo sufren. Esto se debe, a la incapacidad que presentan a la hora de comunicarse, produciendo graves repercusiones en su entorno familiar, laboral, social y personal. A causa de este gran cambio, será necesaria la rehabilitación de la afasia. Dicha rehabilitación, será un proceso lento que buscará que, la persona reestablezca una comunicación funcional, que le devuelva la mayor independencia posible, para que sea capaz de reinsertarse en su entorno y mejore su calidad de vida, adaptándose a su situación actual.

Según González Lázaro y González Ortuño (2012) y Villodre Campos y Morant Gimeno (2011), tras el daño cerebral, se observan dos etapas en la recuperación del lenguaje en las afasias:

- 1) Primera etapa (recuperación temprana o en fase aguda): En esta etapa se puede observar que, a pesar de que las alteraciones del lenguaje son severas, durante los primeros días y semanas tras el cuadro, presentan una rápida recuperación. Esto se denomina recuperación espontánea, que se debe, a la plasticidad cerebral y a la capacidad de restauración del tejido cerebral, mediante procesos como son la disminución del edema, desaparición de hemorragias y la diasquisis. No se sabe con exactitud la duración de esta etapa, sin embargo, se establece una máxima recuperación en los tres primeros meses.
- 2) Segunda etapa (recuperación tardía o a largo plazo): La recuperación es más lenta que en la etapa anterior, ya que puede llegar a tener una duración de meses e incluso años. Dentro de esta etapa, se siguen mostrando mejorías, aunque son más difíciles de percibir.

Se ha observado por medio de varios autores, que existen pacientes que, en la fase crónica de la afasia, pueden mejorar a lo largo de los años. Debido a esto, Villodre Campos y Morant Gimeno (2011), comentan que la rehabilitación puede continuar durante años, ya que puede ser útil en los pacientes crónicos.

Dentro de esta intervención, el profesional que trabaja principalmente la afasia es el logopeda, que se encargará de la rehabilitación del lenguaje. Sin embargo, debido a la existencia de trastornos asociados a las afasias, a causa de la alteración producida por el ACV, puede ser necesario que, el paciente

necesite otros profesionales que traten esos trastornos, como pueden ser fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales...

Además, dentro del proceso es necesario una correcta colaboración entre los profesionales encargados, la familia y el paciente.

Para llevar a cabo la intervención logopédica, será necesario empezar con la realización de una evaluación inicial al paciente. Según González y Hornauer-Hughes (2014) y González Lázaro y González Ortuño (2012) la evaluación se realiza con el fin de:

- Conocer la presencia de la afasia
- Identificar el tipo de afasia
- Observar cuáles son las capacidades que preserva y cuáles se encuentran alteradas
- Conocer la severidad del trastorno
- Diseñar el programa de intervención específico para el paciente.

Esta evaluación se llevará a cabo mediante diferentes exploraciones clínicas o pruebas de estandarización, con el objetivo de observar las alteraciones que presenta el sujeto a nivel expresivo y comprensivo del lenguaje oral y escrito.

Tras conocer las dificultades que presenta el sujeto en los diferentes niveles, se establecerá un plan de rehabilitación personalizado. Dentro del cual, en función de las alteraciones observadas, se deben establecer los objetivos a cumplir. Para la consecución de los mismos, se debe establecer métodos, actividades y materiales a utilizar en función de las características del paciente.

Varios autores han estudiado la importancia de la familia dentro de la rehabilitación, siendo un papel fundamental en la mejora los resultados de la rehabilitación y motivación del sujeto. Para ello, se le deben proporcionar a la familia unas instrucciones para comunicarse con el sujeto y trabajar con él en la vida diaria.

Por otro lado, son varios los estudios que hablan de una serie de factores que determinan el pronóstico y repercuten en la recuperación de las afasias. Algunos de ellos son:

- El tamaño y localización de la lesión

- La severidad del cuadro
- El tipo de afasia
- La etiología
- La comorbilidad con otros trastornos
- Los antecedentes personales (edad, género, escolaridad...)

Villodre Campos y Morant Gimeno (2011) y González Lázaro y González Ortuño, (2012), hablan de que la familia y la motivación del paciente son factores fundamentales que determinan la evolución de la afasia.

Cabe destacar que, además, añaden la influencia de unos factores relacionados directamente con la rehabilitación: el tipo de terapia, la intensidad y el tiempo que transcurre entre el inicio de la alteración y el de la intervención.

Finalmente, estos autores, confirman que varios estudios han observado que la logopedia presenta un efecto positivo en la recuperación del lenguaje en las afasias.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A lo largo de mi experiencia en las diferentes prácticas tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito ambulatorio, he observado diferentes casos de pacientes con afasia. Gracias a esto, he podido extraer los resultados oportunos para comparar los aspectos que son importantes dentro de la intervención logopédica en las afasias tras ACV en ambos ámbitos.

Para realizar la comparativa entre ambas fases, me he guiado en función de los siguientes aspectos: evaluación inicial, propuesta de objetivos, metodología de la rehabilitación logopédica, profesionales que intervienen, actitud del paciente, relación paciente-logopeda, actitud de la familia, relación familia-logopeda, seguimiento y alta, y habilidades del logopeda. A continuación, los resultados de este TFG consisten en mostrar la comparativa entre ambos ámbitos de intervención de los ítems citados:

1) EVALUACIÓN INICIAL

a) Fase hospitalaria

La valoración del paciente con afasia comienza con la evaluación inicial, realizada por el neurólogo y los profesionales de enfermería. Dichos profesionales pasan al paciente diferentes pruebas de evaluación en las que valoran todas las áreas que pueden verse afectadas, entre ellas el área del lenguaje, y realizan un informe donde se recogen las alteraciones observadas. La actuación del logopeda es fundamental, dado que los profesionales anteriores no son expertos en el lenguaje y la comunicación, por lo que la información que recogen de ambos ámbitos suele ser muy breve. El logopeda comenzará la evaluación con la observación de este informe para conocer cuál puede ser la alteración principal que presenta a nivel del lenguaje, así como las alteraciones asociadas producidas por el ACV, como puede ser la presencia de hemiplejía. También, se observa cómo se encuentra el paciente (más estabilizado o desorientado), qué fármacos o tratamiento se le ha administrado y si se ha presentado algún cambio en las alteraciones, ya que los profesionales de enfermería y medicina recogen esta información cada día de hospitalización. Para que esta observación sea adecuada, el logopeda debe estar familiarizado con los términos utilizados en el ámbito hospitalario. Tras esto, se realiza la evaluación logopédica oportuna.

Cuando el logopeda se encuentra con el paciente, debe realizar una observación directa y sistemática de las alteraciones, comprobando lo visto en el

informe, para luego realizar la valoración mediante protocolos de evaluación tipo screening, con los que se observa cuál es la alteración principal que presenta en el área del lenguaje y se establece un posible diagnóstico de afasia. La duración de estos protocolos no es tan extensa como en los test o valoraciones que se utilizan en la fase posterior, ya que en esta el paciente se encuentra desorientado y no presenta la estabilización que se observa en la rehabilitación posterior.

Existe una escasa variedad de este tipo de protocolos para la evaluación de la afasia. Debido a esto, en mi estancia como alumna interna, empecé a realizar un protocolo de este tipo basándome en el Test Barcelona-2, observado en mis prácticas simultáneas en Ciron (Anexo I). A pesar de que sigo trabajando en la mejora de éste, pude utilizarle para la realización de la evaluación de diferentes pacientes que se encontraban en esta fase.

De esta manera, la evaluación logopédica del paciente en el ámbito hospitalario está basada en pruebas no estandarizadas, algunas ya existentes y otras de elaboración propia basadas en test comercializados.

En algunos casos, debido al estado del paciente, puede no ser posible la realización de esta evaluación, por lo que es necesario posponerla para cuando el paciente se encuentre más estabilizado, ya que la salud del paciente es lo principal.

b) Fase ambulatoria

Al igual que en la fase anterior, la evaluación inicial se encuentra guiada por la observación de los informes realizados por los profesionales que han atendido al paciente en el hospital. Estos informes no serán iguales a los observados en la fase anterior, ya que en este se recogen únicamente las alteraciones que presenta el paciente en el momento del alta hospitalaria, o, en el caso de ser derivado por otro centro de tipo ambulatorio, se recogen las alteraciones observadas hasta ese momento y lo que se ha trabajado. El acceso del profesional a estos informes es a través de las familias.

Tras esta observación, se debe realizar una evaluación más específica del lenguaje mediante entrevistas al paciente y/o familia, valoraciones propias del centro o test estandarizados/no estandarizados. Para la evaluación en esta fase, existen una gran variedad de test, sin embargo, a lo largo de mi proceso profesional los que observé fueron:

- Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos (BETA): realizada por Fernando Cuestos Vega y María González-Nosti en 2009. Esta batería valora las alteraciones producidas en la comprensión y expresión del lenguaje en personas tras un daño cerebral.
- Test Barcelona-2: es una revisión del Test Barcelona realizada por J. Peña Casanova en el año 2019. Este test tiene como objetivos la valoración neuropsicológica general y establecer el perfil específico de afasia.

Con esta evaluación, se establece cuáles son las dificultades que presenta el paciente en cada área del lenguaje (expresión oral, comprensión oral, lectura y escritura), y el diagnóstico definitivo. Además, esta evaluación es mucho más fácil y eficaz en su aplicación al paciente, ya que se encuentra estabilizado y familiarizado con los profesionales y los síntomas de su trastorno, por lo que suele ser muy colaborador.

2) PROPUESTA DE OBJETIVOS

a) Fase hospitalaria

Tras la evaluación se establecen los objetivos a cumplir. Estos no solo irán dedicados a la persona que sufre la afasia, sino también a sus familiares. Debido a esto, se plantean dos objetivos principales dentro de la intervención:

- Conseguir la concienciación por parte de la familia: se plantea que la familia conozca el trastorno que padece el paciente, tanto las diferentes alteraciones como las posibles consecuencias posteriores, y, debido a esto, que sean conscientes de la necesidad de la rehabilitación y de su ayuda e implicación en el proceso. Además, se plantea la concienciación de una adecuada comunicación con el familiar afectado, con la ayuda de diversas pautas o instrucciones.
- Recuperar el lenguaje y la comunicación del paciente: este objetivo se centra en trabajar las alteraciones de una manera generalizada mediante diferentes pautas sencillas, ya que, en esta fase, se busca la estabilización del cuadro. Además, se pretende evitar los malos hábitos de la utilización del lenguaje, como el uso excesivo de gestos o la jerga, para que no afecte en la recuperación del mismo.

Debido al breve periodo de tiempo que, normalmente, se encuentran los pacientes en el hospital, es posible que estos objetivos no se lleguen a cumplir, pero, a pesar de esto, servirán como punto importante para la intervención en la fase posterior.

b) Fase ambulatoria

El principal objetivo de la rehabilitación es conseguir una comunicación funcional para que el paciente pueda mejorar su calidad de vida.

Para la consecución de este objetivo principal es necesario el establecimiento de objetivos a medio y largo plazo que irán dedicados, como en la fase anterior, a la familia y al paciente:

- Colaborar con la familia: se proponen objetivos en los que se consiga su colaboración e implicación en la intervención, ya que son una parte esencial de la misma. En el caso de que en la fase anterior no haya sido posible concienciar sobre el trastorno y su implicación en el proceso, se deben proponer primero estos objetivos, ya que debe ser lo principal para llevar a cabo una intervención óptima.
- Recuperar el lenguaje y la comunicación del paciente: los objetivos se establecen en función a las alteraciones observadas en cada una de las áreas del lenguaje.

3) METODOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA

a) Fase hospitalaria

Cuando ya conocemos cuáles son las alteraciones que presenta el paciente se debe empezar con el tratamiento logopédico, que debe ser personalizado para cada paciente, teniendo en cuenta sus características. Este proceso se basa en los objetivos propuestos anteriormente:

- Respecto a las familias: se deben realizar diversas conversaciones para explicar que es lo que ha sucedido, las alteraciones que presenta, las posibles consecuencias y cómo es el proceso para llegar a la recuperación del paciente. Para ello, cada día de sesión se habla con ellos para explicar que es lo que se ha realizado y si se observa mejora. Además, en estas conversaciones, se explica la importancia de la comunicación con su familiar, por lo que se aportan diversas pautas para conseguir una comunicación

adecuada. Durante mi estancia como alumna interna, elaboré una serie de pautas que daba a la familia sobre cómo llevar la situación y como favorecer la comunicación (Anexo II).

Igualmente, nos pondremos a su disposición para todas aquellas cuestiones que les puedan surgir, teniendo en cuenta que debemos ser cautelosos con nuestras respuestas, por la diversidad de cuadros evolutivos existentes, hablados anteriormente.

- Recuperar el lenguaje y la comunicación del paciente: se establece una intervención basada en la utilización de diferentes herramientas rápidas de comunicación, como aprender el sí y el no, o diferentes sistemas de comunicación (SAAC). Partiremos de aquellas herramientas que sean menos invasivas para el sujeto, es decir, principalmente, se intenta utilizar modos de comunicación habituales. En el caso de no se adecuen a las necesidades, podremos añadir complementos a los mismos (gestos) o utilizar algún apoyo visual (fotografías), o, por último, podremos utilizar símbolos de sistemas de comunicación con ayuda, como podrían ser los propios de sistemas Arasaac, SPC, ... Lo ideal es que los símbolos sean lo más pictográficos posibles, es decir, que presenten un parecido físico con el objeto al que representa.

La duración del tratamiento depende de la estancia del paciente en el hospital, pudiendo continuar el tratamiento en la fase ambulatoria, o, en el caso de mejorar notablemente a lo largo de esta estancia, no será necesaria esa rehabilitación posterior. Durante esta estancia, se realizan sesiones cada día de la semana, exceptuando los fines de semana, que el logopeda no se encuentra en el hospital.

La duración de las sesiones será en función de la gravedad de las dificultades que presente el paciente, su actitud y su estado anímico de ese día, por lo que no se establece una duración exacta por paciente, aunque la tendencia es que sean cortas.

Para la realización de las sesiones, se debe tener en cuenta que se llevan a cabo en la habitación de hospital en la que se encuentra el paciente, donde, normalmente, se encuentra tumbado en la cama, o en algunos casos sentado, por lo que, el profesional debe acomodarse a la posición en la que se encuentra el

paciente. Debido a esto, es complicado contar con un sitio dedicado a la intervención, y, los recursos materiales que se utilizan serán limitados. Además, dentro de la habitación, pueden encontrarse más pacientes que, en ocasiones, no comprenden la situación y pueden intervenir en la sesión interrumpiendo la misma, por lo que, ante ello, el logopeda debe actuar de una manera adecuada y respetuosa utilizando sus habilidades comunicativas para dirigir la situación.

Antes de comenzar la sesión, se debe pedir a los familiares que esperen fuera de la habitación, ya que muchas veces, la presencia de los familiares en las sesiones condiciona la respuesta de los pacientes, pudiendo responder ellos por el paciente al observar su incapacidad.

Para poder llevar a cabo la sesión, se establecen las actividades a realizar y los materiales necesarios para ello. En función de cada paciente, se establecen unas actividades u otras, que varían en función de las dificultades observadas y la gravedad de estas.

Como se ha comentado anteriormente, al encontrarse en la habitación del hospital, los materiales serán limitados, por lo que se deben escoger materiales simples. Se podrán utilizar imágenes, materiales cotidianos (bolígrafo, reloj, pendientes, estuche...), tablets, power point de categorías semánticas, revistas, pizarras... Debido a la edad, será conveniente que los materiales utilizados presenten símbolos o imágenes reales o que representen la realidad.

A lo largo de las sesiones, se les deben prestar diferentes ayudas para que les sea más fácil realizar las actividades, siendo en esta fase, donde más ayudas vayan a necesitar. Además, se debe premiar su esfuerzo con refuerzos positivos verbales para mejorar su motivación ante el tratamiento e incluso mejorar su actitud ante la situación.

Debido a que en esta fase los médicos y enfermeros realizan todos los días un informe, el logopeda debe observarle cada día antes de comenzar la sesión, ya que así se puede hacer a la idea de cómo se encuentra el paciente y cuál puede ser su reacción ante la sesión.

b) Fase ambulatoria

Dentro de esta fase, tras establecer los objetivos propuestos y conociendo la gravedad del cuadro, se debe marcar el periodo de tiempo de la intervención,

así como los días a la semana que debe acudir a la rehabilitación. Este periodo, se da a medio y largo plazo, pudiendo reducirse o aumentarse, en función de la consecución de los objetivos.

En cuanto al establecimiento del número de sesiones por semana, depende de la gravedad del paciente, aunque debido a la gran capacidad de recuperación que presentan los pacientes afásicos durante los 3 meses después del ACV, puede establecerse un mayor número de sesiones por semana al inicio del tratamiento, y luego ir reduciendo. En la mayoría de los casos, los pacientes con afasia acuden dos veces por semana durante todo el tratamiento. La duración de cada sesión es de 45 minutos.

Las sesiones son realizadas en la sala de logopedia, en la que el paciente y el logopeda, pueden realizar las actividades en una mesa, presentando una mayor comodidad y pudiendo utilizar un mayor número de materiales, en comparación con la fase anterior. Algunos de los materiales a utilizar pueden ser láminas, materiales comercializados, ordenadores... (Anexo III). También, pueden utilizarse en algunos casos, sistemas de comunicación, que pueden ser utilizados al inicio del proceso para conseguir un mejor acceso al lenguaje. Con el paso de las sesiones se puede ir disminuyendo el uso de estos sistemas, o, en el caso de que eso no sea posible, establecerse de manera permanente.

Las actividades utilizadas son mucho más variadas, puesto que el paciente presenta una mayor estabilización. En función de las mejoras observadas, se debe ir cambiando las actividades y aumentando la dificultad. Además, se cuenta con la realización de la intervención en diferentes entornos (supermercados, tiendas, bares...) para mejorar su comunicación fuera de la sala de logopedia.

A lo largo de esta etapa, se ofrecen diferentes ayudas en la realización de las actividades, que, en función de las mejoras obtenidas, van disminuyendo progresivamente. Además, al igual que en la anterior fase, es necesario premiar su esfuerzo mediante diferentes refuerzos verbales.

Como se ha comentado en puntos anteriores, la familia es importante, por lo que dentro de esta intervención es fundamental su colaboración. Aunque en un principio las familias no se encuentran dentro de las sesiones si es importante su implicación mediante la realización de diferentes actividades propuestas por el

profesional para realizar en el domicilio. Será en el momento de la generalización del lenguaje en el que contaremos con la presencia de la familia en las sesiones.

En un primer momento, las sesiones son realizadas de manera individual, ya que de esta manera el profesional puede centrarse de manera más detallada en el paciente observado sus dificultades, realizando actividades adecuadas a él, corrigiendo los errores... Sin embargo, a lo largo del proceso de intervención, en etapas más avanzadas, se puede llevar a cabo alguna sesión en grupo con otros pacientes que presenten afasia con dificultades parecidas, potenciando así la comunicación. Por eso, en etapas más avanzadas, la intervención puede ir guiada por ambos tipos de sesiones.

Este programa de intervención se realiza siempre teniendo en cuenta las características del paciente (alteraciones, características personales, gustos del paciente...), por lo que se realiza un programa individualizado y personalizado para cada paciente.

4) PROFESIONALES QUE INTERVIENEN

a) Fase hospitalaria

En esta fase, a causa la gravedad del cuadro del ACV, son los médicos y enfermeros los que toman un peso importante, ya que no se busca la mejora total de las alteraciones producidas por el cuadro, si no la estabilización de su salud.

A parte de los médicos y enfermeros, se cuenta con un equipo multidisciplinar, encargado de la rehabilitación de las alteraciones asociadas, entre los que se incluyen a los logopedas, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales... De esta manera, este equipo presenta un papel secundario en la rehabilitación.

Debido a esto, la coordinación del equipo es esencial en el proceso de recuperación del paciente, y durante esta estancia, será directa y diaria, porque trabajan en el mismo espacio, el hospital. El logopeda debe coordinarse con el resto de los profesionales, siendo los más importantes los médicos y enfermeros, ya que son los que le aportan pautas del momento en el que se encuentra el paciente.

b) Fase ambulatoria

Dentro de esta fase, al igual que la anterior, la rehabilitación necesita un equipo multidisciplinar. El encargado principal de la rehabilitación de la afasia es el logopeda, aunque dependiendo de las alteraciones asociadas es necesaria la rehabilitación por parte de otros profesionales, que son los mismos que en la fase anterior. A pesar de que también son necesarios los médicos y enfermeros, es el equipo rehabilitador el que tome la mayor importancia.

Como en la fase anterior, la coordinación entre los profesionales es imprescindible para que la intervención se lleve a cabo de manera óptima. En este caso, como existen diferentes niveles dentro de la rehabilitación, la coordinación entre los diferentes profesionales puede ser de manera directa como en el hospital, como es el caso de los centros integrales donde se encuentran todos los profesionales, o, a través de otros medios de comunicación (e-mail, llamadas de teléfono) en el caso de que cada profesional se encuentre en un centro diferente. También, es muy frecuente que sea la familia el conector entre unos profesionales y otros, por lo que es fundamental, como ya hemos comentado en otras ocasiones, tenerles como aliados.

5) ACTITUD DEL PACIENTE

a) Fase hospitalaria

El paciente se muestra confuso y desorientado, con una variación de emociones y actitudes ante la situación. Esto se debe a que los días de después de haber sufrido el ictus el paciente no sabe que es lo que le ha ocurrido exactamente, y observa unas dificultades que antes de sufrir el cuadro no poseía.

Como consecuencia al ACV, los pacientes muestran alteraciones en su comportamiento y su personalidad, encontrándose en unos casos con sentimientos depresivos, con temor hacia el futuro por las dificultades observadas, y en otros de enfado, debido a no comprender que es lo que les ocurre. Las alteraciones en el lenguaje, no ser comprendido, ni comprender lo que sucede a su alrededor, les causa inseguridad, frustración y enfado, pudiendo incidir esos sentimientos en las personas más cercanas a él. Es por esto que, esta actitud que muestran tras sufrir el cuadro dificulta la rehabilitación, ya que en algunos casos se niegan a trabajar.

Sin embargo, esto no se da en todos los pacientes que sufren un ACV, ya que dependerá mucho de la personalidad previa del paciente, pudiendo observar pacientes que comprenden la situación y quieren mejorar, y, en otros casos todo lo contrario.

Por todo lo expuesto, parte de nuestra intervención en esta fase consistirá en el diálogo y las conversaciones espontáneas con los pacientes, para que mejoren su estado de ánimo, ofreciéndoles ilusiones reales de futuro. Que el paciente consiga una actitud positiva, es el punto fundamental para la recuperación y para que la actitud en la siguiente fase sea la idónea.

b) Fase ambulatoria

La actitud que presentan los pacientes, en la mayoría de los casos, es una actitud positiva ante la búsqueda de la mejora de su problema. Debido a su edad, comprenden que la forma de mejorar y conseguir una comunicación funcional es acudiendo a la intervención logopédica.

Al principio de la intervención, muchos de ellos, presentan sentimientos ocurridos en la fase anterior, se sienten con miedo, desilusión y desesperados por encontrar una solución, pero con el paso de la intervención, suele producirse un cambio de actitud más positiva, debido a que comprenden que les ayudará a mejorar. Sin embargo, a pesar de su actitud positiva, se pueden observar momentos de frustración, cuando no pueden comunicarse de manera correcta o cuando saben que lo pueden hacer mejor.

Al igual que en la fase anterior, la actitud del paciente dependerá de su personalidad previa, pudiendo observar tanto actitudes negativas como positivas ante la intervención.

6) RELACIÓN PACIENTE-LOGOPEDA

La relación que presenta el logopeda y el paciente se basa en el respeto y la comprensión.

El logopeda debe mostrarse comprensivo y respetuoso ante la situación del paciente, debe ajustarse a su capacidad en cada una de las fases, ya que, en la fase hospitalaria, por la actitud del paciente y al gran cambio ocurrido, puede mostrarse sin ganas de trabajar. Este es quien le orienta a lo largo de la

intervención, explicándole en todo momento lo que ha sucedido y como puede recuperarse, además de ayudarlo y apoyarlo, por lo que es un punto de apoyo para el paciente en la intervención.

Al igual que el logopeda, el paciente, debe mostrar respeto ante él, ya que es el profesional que le ayuda. Además, normalmente, los pacientes se muestran agradecidos ante la ayuda ofrecida por el profesional.

Igualmente, la relación entre ambos debe ser de confianza, facilitando así la realización de las sesiones, ya que gracias a esta es más fácil que el paciente se deje ayudar por el profesional. Sin embargo, esta confianza depende de la fase, ya que en la ambulatoria el tiempo de intervención es mucho mayor que en la hospitalaria, aumentando así la confianza y haciendo que ambos se sientan más cómodos y tengan una mayor implicación. A pesar de esto, ambos deben comprender que su relación se basa en paciente-logopeda, y no tiene que pasar de ese límite, ajustándose a la máxima profesionalidad.

7) ACTITUD DE LA FAMILIA

a) Fase hospitalaria

En esta fase, la familia se muestra con una actitud de incertidumbre y desconcierto, ya que se encuentra en una situación nueva, en la que observa que su familiar acaba de sufrir un cuadro de ACV y que le ha producido diversas consecuencias. Debido a esto, los familiares se encuentran inquietos, ya que quieren conocer con exactitud qué es lo que le ha ocurrido y cuál es la manera de que pueda recuperarse rápidamente. Además, sienten temor ante la posibilidad de que su familiar no pueda recuperarse.

Ante una de las consecuencias ocurridas, la afasia, se observa dificultad en la comunicación entre los familiares y el paciente, encontrándose los familiares confusos ante como comunicarse con él y cómo ayudarlo, e incluso sufriendo las consecuencias de las actitudes de su familiar afectado. Para solucionar esto, como hemos comentado anteriormente, será el logopeda el que les ofrezca una serie de pautas e instrucciones de comunicación.

b) Fase ambulatoria

Cuando comienza la rehabilitación, la familia, normalmente, muestra un mayor conocimiento de lo ocurrido a su familiar, por lo que no se observa la misma

incertidumbre que presentaban en la fase anterior. Siguen mostrándose atentos y preocupados sobre cómo será la rehabilitación, si le funciona, cuál será su duración..., ya que quieren buscar la mejora de su familiar. También, se sienten esperanzados ante la posibilidad de hacer todo por conseguir la mejora.

No cabe duda de que, aunque cada familia es diferente, si el trabajo realizado por el logopeda en la fase hospitalaria ha sido adecuado en cuanto a los objetivos fijados con las familias, la actitud de las mismas mejorará en esta fase.

Ante esta rehabilitación, la familia suele mostrarse implicada y motivada, ya que es uno de los apoyos principales para el paciente. Además, la actitud que muestren ante la situación y la relación que tengan con el paciente influirá en la actitud de este y, por lo tanto, en el proceso de recuperación, debido a esto, en la mayoría de los casos, suelen mostrar una actitud positiva.

8) RELACIÓN FAMILIA-LOGOPEDA

Al igual que la relación del logopeda con el paciente, la relación que tiene con la familia es de respeto y comprensión.

Tanto en la fase hospitalaria como en la ambulatoria, el logopeda debe comprender la situación por la que está pasando la familia, mostrándole su apoyo y su ayuda, debido a que se encuentran ante una situación nueva que no saben cómo abordar. Además, debe mostrar respeto y empatía ante ellos, ya que suelen mostrarse insistentes ante la situación queriendo conocer todo lo que ocurre, buscando soluciones y noticias positivas, por ello, el logopeda también deberá ser paciente y adecuar sus respuestas a la situación. El logopeda es el profesional que les guiará a lo largo de todo el proceso de recuperación del lenguaje.

Ante esta situación, las familias se muestran respetuosas y agradecidas por el trabajo realizado por el profesional y su implicación. Deben tener confianza con el logopeda y el trabajo que va a realizar con su familiar.

9) SEGUIMIENTO Y ALTA

a) Fase hospitalaria

Como hemos comentado anteriormente, los principales profesionales que se encargan de esta fase son los médicos y enfermeros, que son los que buscan la estabilización de la salud del paciente. Debido a esto, son los que realizan una evaluación final de cómo se encuentra el paciente para poder realizar el informe

de alta. Dentro de este informe se recogen las alteraciones que presenta el paciente y el tratamiento que debe seguir. Servirá como punto de unión entre la fase hospitalaria y la ambulatoria, ya que en él se afirma si es necesaria la rehabilitación logopédica.

En el caso de que el paciente haya mostrado alguna alteración logopédica tras el ACV, pero las haya recuperado durante el periodo que ha permanecido ingresado, entonces también obtiene el alta en el área de logopedia, pudiendo no ser necesaria la rehabilitación en la fase ambulatoria.

Tras esta alta de ingreso, el paciente tiene un seguimiento por parte del equipo médico. Este seguimiento se realiza cada 3-6 meses, en los cuales se observan la mejora de las dificultades, siendo más fácil observar cambios, debido al largo periodo de tiempo entre una consulta y otra.

b) Fase ambulatoria

El seguimiento que lleva el profesional con el paciente es continuo, ya que se realizan sesiones varios días a la semana, siendo una tarea complicada observar la evolución del paciente. Debido a esto, se realizan reevaluaciones mediante pruebas estandarizadas/no estandarizadas cada 3 o 6 meses, dependiendo del paciente. Con ellas, se observa si se han conseguido o no los objetivos propuestos, y, en el caso de no conseguirlos, si se debe seguir trabajando con los mismos o proponer unos nuevos.

En el momento en el que en una reevaluación el logopeda observe una mejoría de las alteraciones y un lenguaje funcional, es cuando el profesional se plantea el posible alta del paciente en el área de logopedia.

10) HABILIDADES DEL LOGOPEDA

A lo largo de todo este proceso de intervención, el logopeda debe presentar unas características personales, que le ayudarán a su relación con el paciente y la familia, así como a ser un buen profesional.

Como hemos comentado anteriormente, el logopeda debe ser comprensivo y respetuoso tanto con el propio paciente como con la familia, ya que la relación que mantiene el logopeda con ellos es un punto importante dentro de la intervención. Además, debe mostrarse colaborador e implicado en la rehabilitación, así como empático ante la situación.

El logopeda debe poseer actitudes de paciencia y tolerancia ante cualquier adversidad que surja a lo largo de la intervención, además de capacidad de solventarlas de la mejor manera posible. Estas pueden surgir debido a la actitud y el comportamiento que presenta el paciente y/o la familia, o también, por las dificultades que presenta el paciente en la realización de las sesiones.

Debe ser una persona franca tanto con el paciente y con la familia, mostrando en todo momento explicaciones reales sobre el cómo es la rehabilitación, la evolución o el pronóstico que presenta el paciente.

También, debe ser una persona familiar, con la que el paciente se sienta cómodo y pueda confiar a la hora de llevar a cabo la intervención. Para ello, es necesario que posea la capacidad de escucha y comprensión ante diversas situaciones sobre las que el paciente necesite ayuda.

Por último, el logopeda, debe tener una gran capacidad de trabajo en equipo, ya que normalmente el proceso de rehabilitación de las afasias va acompañado de tratamientos en otros ámbitos (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional...), por lo que es necesario la coordinación entre los diversos profesionales que intervienen.

Una vez expuestos los resultados obtenidos en cada una de las fases del proceso de rehabilitación, se va a intentar con ellos contrastar la información expuesta por diferentes autores sobre los apartados aquí tratados, a modo de discusión:

En cuanto a la evaluación inicial, según Jiménez Hornero (2011) es fundamental la realización de una evaluación mediante la exploración clínica y diferentes test para poder establecer el diagnóstico y proponer los objetivos de la intervención, de acuerdo con los resultados expuestos en el trabajo.

Dentro de la propuesta de objetivos, como comenta Ortiz Céspedes (2012), el logopeda debe guiar a la familia para que entienda la situación, se comprometa con el tratamiento e integre al sujeto en la sociedad, coincidiendo esto con lo observado en los resultados. Debido a esta situación, tanto en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio debe proponerse la familia como un objetivo dentro de la intervención, ya que es un papel importante en la misma. Además, Pérez Lancho, Fumero Valdivia, González López-Peñalver y Pérez Díaz (2016), hablan de que dependiendo de las dificultades observadas se establecen los objetivos de rehabilitación, que suele ser

como objetivo general, la recuperación del lenguaje oral, siendo este el otro gran objetivo propuesto en ambas fases.

Por otro lado, la metodología de la rehabilitación logopédica según Ortiz Céspedes (2012) y Pérez Lancho, Fumero Valdivia, González López-Peñalver y Pérez Díaz (2016), debe ser individualizada, realizando actividades acordes a sus características, adaptándose al paciente. En cuanto a la metodología de la intervención con la familia, estos autores hablan de que es necesario explicar a las familias las dificultades y cómo es el proceso de intervención mediante diferentes formas como charlas o folletos, además de darles pautas sobre cómo comunicarse con su familiar. En cuanto al paciente, como se ha comentado antes, debe realizarse actividades acordes a sus características, siendo en ocasiones necesario el implemento de sistemas alternativos o aumentativos de comunicación. Por último, los autores nombrados en segundo lugar comentan en su artículo que el sujeto realiza dos sesiones semanales de 45 minutos cada una, durante la fase ambulatoria, de acuerdo con lo nombrado en el apartado de los resultados, por lo que una vez más se muestra consonancia con lo aportado en este trabajo.

En cuanto al cuarto apartado, existen múltiples autores que apoyan, como se ha observado en los resultados, la importancia de la rehabilitación mediante un equipo multidisciplinar, debido a la variedad de trastornos asociados que pueden presentar los pacientes con ACV.

Por otra parte, dentro la actitud del paciente, Ortiz Céspedes (2012) y Mora Cortez (2015) comentan que tras el cuadro de ACV los pacientes presentan cambios en la personalidad, alterando de manera negativa su estado emocional, presentando sentimientos de confusión, temor, negación, enfado, depresión, agresividad e inseguridad ante su problema de comunicación, siendo esto lo observado en los resultados. Estos autores, además, añaden más sentimientos: ansiedad, egocentrismo, infantilismo, culpa y vergüenza, entre otros. Del mismo modo, Pérez Lancho, Fumero Valdivia, González López-Peñalver y Pérez Díaz (2016) comentan que estos pacientes empiezan la rehabilitación presentando los sentimientos nombrados por los autores anteriores, pero que a lo largo de la misma presentan un gran control de los impulsos y mayor motivación, observándose este cambio en lo expuesto anteriormente.

Dentro de la relación paciente-logopeda, según Fernández Zúñiga (2008) y Ortiz Céspedes (2012) será el logopeda el que guie la intervención, mediante la orientación y apoyo ante la situación. Esta relación se basa en la confianza, ya que el paciente irá tomando confianza y seguridad en el profesional desde el principio de la intervención. Lo dicho por estos autores se encuentra en concordancia con lo comentado en este apartado.

En este caso, según Ortiz Céspedes (2012) y Mora Cortez (2015), y como se comenta en varios apartados de los resultados, la familia es un papel importante dentro de la rehabilitación, ya que ayudará al paciente a la reinserción, siendo su gran apoyo y soporte emocional. Estos autores comentan, al igual que lo observado en los resultados, que la familia presenta sentimientos negativos (confusión, temor, miedo a la pérdida del familiar, tensión, preocupación) sobre todo ante el inicio de la rehabilitación, pero que también muestran motivación, esperanza, comprensión y actitud positiva ante ella. También comentan que, la actitud que muestre la familia ante la situación repercute al paciente, por lo que esta debe ser positiva.

La relación familia-logopeda, según Ortiz Céspedes (2012), al igual que con el paciente, será el logopeda el que guie a la familia durante todo el proceso explicando en todo momento lo relacionado con el trastorno y con la rehabilitación, basándose su relación en esa guía mostrada por el profesional.

Asimismo, dentro del seguimiento y alta, Helm Estabrooks y Albert (2005) hacen referencia a que dentro de la fase ambulatoria se deben contar con anotaciones cuando se realizan nuevas tareas y se observan mejoras, ya que con ellas se puede justificar si se debe continuar con el tratamiento propuesto o cambiarlo por otro más eficaz. Este hecho es el mismo al comentado en los resultados, sin embargo, en los resultados se recoge la realización de reevaluaciones cada 3-6 meses mediante test.

En el apartado de las habilidades del logopeda, según lo observado en el artículo de Fernández Zúñiga (2008) para que la relación con el paciente y la familia sea adecuada el logopeda debe poseer unas habilidades como las expuestas anteriormente, empatía, escucha activa, congruencia, autenticidad, comprensión...

Observamos por lo tanto que, de los distintos aspectos tratados propios de la práctica real, se cumple lo aportado por las investigaciones de los autores aquí propuestos.

6. CONCLUSIONES

Tras la búsqueda exhaustiva de la información necesaria para conocer los conceptos principales del trabajo y plasmarlos en la fundamentación teórica, la recogida de información para realizar la comparativa observada en los resultados y el contraste de los mismos con lo dicho por otros autores, se ha obtenido las siguientes conclusiones:

- En cuanto a la búsqueda de información, se observa una gran variedad de bibliografía en relación con los conceptos de ACV y afasia. Sin embargo, por el contrario, es escasa en función de los conceptos que relacionan la logopedia y los ACV, la logopedia en el ámbito hospitalario, y la afasia en la fase aguda/hospitalaria. Esta escasez de información en cuanto a estos conceptos puede deberse a la escasez de profesionales de logopedia que existen en el ámbito hospitalario, por lo que es un tema del que apenas se ha estudiado.
- A lo largo de la comparativa realizada se ha observado que los recursos materiales utilizados en ambas fases son diferentes, observándose en el caso de la primera, falta de recursos, en comparación con la segunda. Esta escasez se observa tanto en los recursos de evaluación, siendo necesario la creación de protocolos adaptados para esta fase, como los necesarios para la realización de la intervención.
- El logopeda es el profesional encargado de la rehabilitación de las afasias, sin embargo, no es el único profesional que interviene, por lo que es esencial que en ambas fases se cuente con un equipo multidisciplinar que esté coordinado y en constante comunicación, ya que facilitará la rehabilitación.
- Como se ha observado a lo largo de la comparativa, en ambas fases, la familia tiene un papel importante dentro de la recuperación del paciente, siendo necesario contar con su ayuda durante la intervención. Por ello, es importante enfocar hacia la familia diferentes objetivos a cumplir durante el proceso.
- La relación del logopeda con la familia y el paciente es un aspecto clave. Esto se debe a que sin una relación apropiada entre ellos la intervención puede llegar a ser inadecuada dificultando así la recuperación de las alteraciones del paciente.
- Al igual que cada paciente y su familia son diferentes, sus actitudes también lo son, debido a esto, será necesario tenerlo en cuenta a lo largo del proceso de

intervención, tanto en la preparación como en el desarrollo de la misma. Asimismo, será esencial que el profesional observé cuáles son las habilidades que posee para poder guiar al paciente y su familia a lo largo del proceso.

- Es importante la existencia del papel del logopeda en ambos ámbitos, ya que la rehabilitación debe ser en proceso continuo, relacionando ambas fases para formar una única intervención.
- A pesar de que la intervención es un proceso continuo, es esencial que se realicen evaluaciones cada 3-6 meses por los profesionales que forman los ámbitos de cada fase, con el fin de observar si ha presentado mejoras. En la primera fase, son los médicos y enfermeros los que las realizan, y en la segunda fase, el equipo rehabilitador.
- Ambas fases son diferentes, ya que, la rehabilitación es un proceso que presenta diferencias en función del momento en el que se encuentre, por ello, pueden encontrarse discrepancias entre los aspectos claves para llevar a cabo la intervención en cada fase. No obstante, también existen ideas similares entre ambas.
- Tras observar lo obtenido en los resultados y lo aportado sobre el tema por una variedad de autores, se ha podido concluir que la información contrastada entre ambos es similar, siendo lo fundamentado por los autores lo que se observa en la comparativa realizada.
- Debido a todo esto, la logopedia es una disciplina esencial dentro de la rehabilitación de los ACV, ya que la afasia, como se ha observado a lo largo del trabajo, es una de las alteraciones principales. Por eso, es necesario establecer de manera precoz una atención logopédica, para poder recuperar las dificultades de una manera óptima siendo necesario esta atención desde el inicio, es decir, en el ámbito hospitalario (fase hospitalaria), para posteriormente, si fuese necesario, continuar con la fase ambulatoria el tiempo que se considere necesario. Esta importancia de la precocidad hace que sea fundamental la mayor contratación y, por lo tanto, participación hospitalaria del profesional de logopedia.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alessandro, L., Olmos, L. E., Bonamico, L., Muzio, D. M., Ahumada, M. H., Russo, M. J., Allegri, R. F., Gianella, M. G., Campora, H., Delorme, R., Vescovo, M. E., Lado, V., Mastroberti, L. R., Butus, A., Galluzi, H. D., Décima, G., y Ameriso, S. F. (2020). Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. *Medicina*, 80(1), 54-68.

Ardila, A. (2006). Las afasias. Florida International University: Department of Communication Sciences and Disorders.

Arias Cuadrado, A. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica*, 70(3), 25-40.

Cuetos, F., y González-Nosti, M. (2009). BETA: Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos. *Madrid: EOS*.

del Pueblo, D. (2005). Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario. *Informe del Defensor del Pueblo*, Madrid.

Díez-Tejedor, E., Del Brutto, O., Álvarez-Sabín, J., Muñoz, M., y Abiusi, G. (2001). Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. *Rev Neurol*, 33(5), 455-464.

Fernández Zúñiga, A. (2008). Habilidades terapéuticas en terapia de lenguaje. Relación terapeuta-paciente. *Revista de logopedia, foniatría y audiolología*, 28(1), 34-45.

Gállego, J., Herrera, M., Jericó, I., Muñoz, R., Aymerich, N., y Martínez-Vila, E. (2008). El ictus en el siglo XXI. Tratamiento de urgencia. *In Anales del sistema sanitario de Navarra*, 31, 15-29.

González Lázaro, P., y González Ortuño, B. (2012). Afasia. De la teoría a la práctica. México: Panamericana.

González Piña, R., y Landínez Martínez, D. (2016). Epidemiología, etiología y clasificación de la enfermedad vascular cerebral. *Archivos de Medicina*, 16(2), 495-507.

González, R., y Hornauer-Hughes, A. (2014). Afasia: una perspectiva clínica. *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 25, 291-308.

Helm-Estabrooks, N., y Albert, M. L. (2005). Manual de la afasia y de terapia de la afasia. Ed. Médica Panamericana.

Jiménez Hornero, M. P. (2011). La afasia (I): Clasificación y descripción.

Jiménez Hornero, M. P. (2011). La afasia (II): Evaluación e Intervención Logopédica.

Martín Dorta, W., y Sicilia Sosvilla, I. (2012). La afasia. Características comunicativas para la intervención enfermera. *ENE. Revista de Enfermería*, 6(3).

Masjuan, J., Álvarez-Sabín, J., Arenillas, J., Calleja, S., Castillo, J., Dávalos, A., Díez Tejedor, E., Freijo, M., Gil-Núñez, A., López Fernández, J.C., Maestre, J.F., Martínez-Vila, E., Morales, A., Purroy, F., Ramírez, J.M., Segura, T., Serena, J., Tejada, J., y Terejo, C. (2010). Stroke health care plan (ICTUS II. 2010). *Neurología*, 26(7), 383-396.

Mora Cortez, R. (2015). Actitudes de familiares de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río (Doctoral dissertation, Universidad Academia de Humanismo Cristiano).

Moyano, Á. (2010). El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 21, 348-355.

Murie-Fernández, M., Irimia, P., Martínez-Vila, E., John Meyer, M., y Teasell, R. (2010). Neurorrehabilitación tras el ictus. *Neurología*, 25(3), 189-196.

Navarrete Navarro, P., Pino Sánchez, F., Rodríguez Romero, R., Murillo Cabezas, F., y Jiménez Hernández, M. D. (2008). Manejo inicial del ictus isquémico agudo. *Med Intensiva*, 32(9), 431-443.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Enfermedades cardiovasculares. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Ortíz Céspedes, L. (2012). La familia, su rol en la terapia del afásico. Centro de Rehabilitación: Hospital Julio Díaz. Ciudad de La Habana. Cuba.

Pérez Lancho, C., Fumero Valdivia, C., González López-Peñalver, A. M., y Pérez Díaz, E. (2016). Abordaje de la comunicación en un caso de afasia

global. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 267-276.

Pérez Nellar, J., Scherle Matamoros, C., Roselló Silva, H., y Fernández Cue, L. (2011). La Unidad de Ictus modifica las características de la atención del ictus en un hospital terciario. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 1(1), 3-6.

Pérez Nellar, J., Roselló Silva, H., y Scherle Matamoros, C. Atención del ictus agudo. Manual de Prácticas Médicas.

Peña-Casanova, J., y Cáceres-Guillén, I. (2019). *Programa integrado de exploración neuropsicológica: Test Barcelona-2*. Test-Barcelona Services, SL.

Villodre Campos, R., y Morant Gimeno, A. (2011). Intervención multidisciplinar en afasias. *Instituto de Neurorehabilitación y afasia, INIA NEURAL*, 1, 192-206.

8. ANEXOS

ANEXO I: “Protocolo de evaluación tipo screening basado en el Test Barcelona-2”

El protocolo se basa en el test estandarizado Test Barcelona-2. La realización de este protocolo se hace con el fin de poder aumentar los materiales de evaluación de las afasias dentro del ámbito hospitalario.

Debido a que no está terminado, porque actualmente se sigue trabajando en él, no se puede mostrar completo. Sin embargo, a continuación, se va a mostrar los apartados que se utilizan y con los que pude realizar la evaluación a los pacientes que traté en mis prácticas hospitalarias.

El protocolo se va a dividir en los cuatro grandes bloques del lenguaje, los cuales se encuentran compuestos por varios subapartados:

1) Lenguaje expresivo

- a) Lenguaje espontáneo: evaluado mediante la conversación.
- b) Lenguaje automático: evaluado mediante los números, días de la semana y meses del año.
- c) Repetición: de sílabas, palabras, pseudopalabras y frases.
- d) Denominación: de objetos, acciones y partes del cuerpo.
- e) Evocación: de animales y palabras con P

2) Lenguaje comprensivo

Este bloque se evaluará mediante la utilización de diferentes ítems de palabras, partes del cuerpo y órdenes.

3) Lectura

- a) Lectura: de letras, números, palabras y pseudopalabras
- b) Comprensión lectora: de órdenes y frases

4) Escritura

La escritura se evalúa con la escritura del nombre y la copia de palabras y frases.

Aunque se establecen los cuatro bloques para la evaluación del paciente, en ocasiones puede no ser posible realizar la valoración completa, debido a las dificultades o actitud que muestra el paciente.

ANEXO II: “Pautas e instrucciones a la familia en la fase hospitalaria”

Como se ha comentado, el logopeda debe aportar a las familias una serie de pautas e instrucciones durante esta fase. Debido a esto, a lo largo de mi formación observé como se daban algunas pautas a las familias, las cuales no eran iguales para cada una, sino que dependían de las necesidades del paciente y la familia. Estas pautas eran dadas de manera verbal en los momentos de conversación que se tenía con la familia.

Algunas de ellas son:

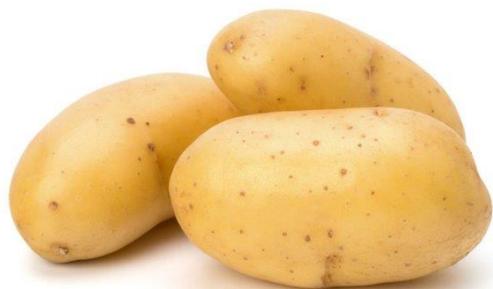
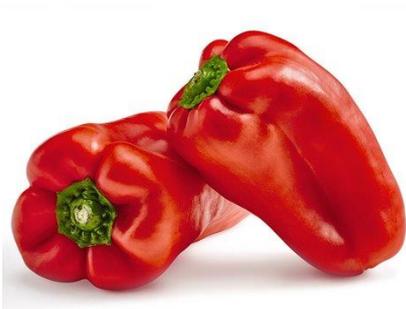
- La actitud del paciente (familiar) tras el cuadro de ictus puede variar a la actitud mostrada anteriormente. Esto se debe a que no comprenden la situación, y sentirse peor que anteriormente puede causarles sentimientos de enfado, frustración y/o tristeza, pudiendo afectar directamente sobre los familiares y sobre la rehabilitación, ya que a veces no quieren colaborar.
- Ante la actitud del familiar deben actuar con la mayor paciencia posible. Deben controlar la situación, pero siempre desde el respeto hacia el paciente.
- Deben mostrar su ayuda ante el familiar, ya que son el gran apoyo y los que van a estar durante todo el proceso. Deben hacer que se sientan arropados y queridos.
- Ante la recuperación de las alteraciones y de cara al futuro, tras el alta hospitalaria, debe establecerse la rehabilitación en centros de la manera más temprana posible.
- Ante cualquier duda sobre el trastorno (afasia) o cualquier cosa relacionada con la salud del paciente o las alteraciones deben contactar con el profesional adecuado.
- Para la comunicación con el familiar deben mostrar paciencia, se debe esperar a que se exprese, no intentar anticiparse, ni completar sus respuestas... Debe intentar expresarse solo.
- En el caso de que muestre frustración o enfado ante la dificultad de expresarse, se le puede ayudar buscando la palabra correcta o haciéndole preguntas sobre lo que se cree que quiere decir.
- Para poder mejorar la comunicación utilizaremos preguntas fáciles con respuesta de si o no.

- Se le pueden mostrar imágenes y/u objetos cotidianos e intentar que diga la palabra a la que corresponde.
- Cuando tiene problemas a nivel comprensivo, podemos utilizar imágenes u objetos reales a la hora de expresarles algo. Se debe decir el nombre del objeto al que se refieren, para que sea capaz de asociar el objeto/imagen con su nombre.
- Para que tanto los pacientes como la familia hagan más amena la estancia hospitalaria deben distraer al paciente poniendo su música favorita, hablar de aquellos temas que les llamen la atención, leyendo una revista (si mantiene la lectura) o que se la lean...

ANEXO III: “Material: power point de láminas de diferentes campos semánticos”

Este documento es utilizado en ambas fases, realizándose cambios de imágenes y de campos semánticos en función de cada paciente. Un ejemplo sobre algunos de los power point utilizados son:

Alimentos o comidas



Prendas de ropa



Medios de transporte



Estos power point fueron utilizados por pacientes que se encontraban al inicio de la intervención, por eso, las imágenes mostradas son sencillas y cotidianas, además de presentar un número limitado de ellas.

Debido a la edad del paciente, se buscan imágenes reales para que le resulte más fácil acceder a la palabra, siendo esto lo comentado anteriormente en el apartado de resultados.