

TRABAJO DE FIN DE GRADO
FACULTAD DE MEDICINA
GRADO EN LOGOPEDIA



Universidad de Valladolid

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE
LA REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA
EN LA AFASIA POSTICTUS



AÑO ACADÉMICO: 2024-2025
PRESENTADO POR: ALEJANDRA PÉREZ ARIAS
TUTELADO POR: PAULA QUIROGA MUNGUÍA

Quisiera expresar mi agradecimiento a todas las personas que me han acompañado y han estado presentes durante este camino.

A mi familia, por ser mi mayor apoyo y confiar en mí incluso cuando yo más lo dudaba, sin vosotros este logro no habría sido posible.

*A mi pareja, por sacarme una sonrisa y ser mi refugio en los días más difíciles.
Gracias por acompañarme también en esto.*

A mi tutora Paula Quiroga, por su implicación y dedicación.

Y aunque este logro es mío, ha sido posible gracias al apoyo, cariño y confianza de todos vosotros.

ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave	3
2. Abstract and keywords.....	4
3. Introducción	5
4. Objetivos.....	6
4.1 Objetivo general.....	6
4.2 Objetivos específicos.....	6
5. Estado de la cuestión.....	8
5.1 La enfermedad cerebrovascular (ECV).....	8
5.2 La afasia y los tipos de afasia.....	9
5.3 El impacto de la afasia en la calidad de vida	11
5.4 La evaluación y el diagnóstico.....	12
5.4.1 Pruebas no estandarizadas	12
5.4.2 Pruebas estandarizadas	13
5.5 Etapas de la recuperación	14
5.6 Factores que influyen en la recuperación de la afasia en el ámbito logopédico	16
5.6.1 Factores clínicos que influyen en la recuperación del lenguaje.....	16
5.6.2 Tipos de terapia: la terapia intensiva y el TRABAJO en grupo	17
5.6.3 Otros factores de la intervención logopédica en afasia.....	19
5.7 Recuperación logopédica de la afasia mediante las nuevas tecnologías.....	21
6. Material y métodos.....	22
7. Resultados y discusión	24
8. Resumen y conclusiones.....	30
9. Referencias bibliográficas.....	32

1. Resumen y palabras clave

Este trabajo analiza el impacto de la afasia tras sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) y los diferentes factores que influyen a la hora de realizar un programa de rehabilitación logopédica con el paciente.

El objetivo principal es identificar los enfoques terapéuticos más utilizados y su efectividad clínica, así como las posibles limitaciones de la rehabilitación.

La metodología empleada ha consistido en una revisión cuantitativa y sistemática. Se ha llevado a cabo la consulta y el análisis de varias fuentes bibliográficas como artículos científicos, libros especializados y publicaciones académicas relevantes para el tema.

Los resultados muestran la importancia de dos factores esenciales. Por una parte, la prontitud en la intervención logopédica y, por otra parte, la intensidad elevada de la terapia propuesta.

Asimismo, se evidencia que la capacidad del lenguaje tras sufrir un ACV mejora en las fases agudas, pero también mejora en las fases crónicas de manera significativa gracias a la terapia. Sin embargo, también se evidencian discrepancias, entre los autores estudiados, con relación a la duración de las terapias, los criterios de evaluación y el diseño del plan de intervención.

Las conclusiones que se deducen en función de los resultados obtenidos apoyan la hipótesis de la necesidad de intervenciones concretas para el tratamiento de la afasia tras un ACV. Estas intervenciones deben estar orientadas a la consecución de pruebas diagnósticas más específicas y de tratamientos más flexibles adaptados a los pacientes. Una actuación logopédica de este tipo tendrá un impacto positivo en el grupo afectado.

Palabras clave: Afasia, Ictus, Rehabilitación, Logopedia, Factores.

2. Abstract and keywords

This paper analyzes the impact of aphasia after suffering a cerebrovascular accident (CVA) and different factors influence when carrying out a speech therapy rehabilitation program with the patient.

The main objective is to identify the most commonly used therapeutic approaches and their clinical effectiveness, as well as the possible limitations of rehabilitation.

The methodology used consisted of a quantitative and systematic review. A number of bibliographic sources have been consulted and analysed, such as scientific articles, specialised books and academic publications relevant to the subject.

The results show the importance of two essential factors. On the one hand, the promptness in the speech therapy intervention and, on the other hand, the high intensity of the proposed therapy.

Likewise, it is evident that language ability after suffering a stroke improves in acute phases, but also improves significantly in chronic phases thanks to therapy. However, there are also discrepancies in terms of the duration of therapies, evaluation criteria and the design of the intervention plan.

The conclusions that are deduced based on the results obtained support the hypothesis of the need for specific interventions for the treatment of aphasia after a stroke. These interventions should be aimed at achieving more specific diagnostic test and more flexible treatments adapted to patients. A speech therapy performance of this type Will have a positive impact on the affected group.

Keywords: Aphasia, Stroke, Rehabilitation, Speech Therapy, Factors.

3. Introducción

La afasia es un trastorno del lenguaje que afecta a la comprensión o expresión del habla y suele producirse como consecuencia de una lesión en las áreas cerebrales responsables del lenguaje. Uno de los eventos principales que puede desencadenar este trastorno es el accidente cerebrovascular (ACV), comúnmente denominado ictus, que constituye una importante causa de secuelas neurológicas.

Esta revisión bibliográfica resulta esencial para sistematizar y analizar la evidencia disponible acerca de los diferentes enfoques utilizados en la rehabilitación logopédica de la afasia postictus y su eficacia en la intervención.

Para ello, se ha llevado a cabo un análisis de la literatura científica publicada en diversas bases de datos especializadas como PubMed, Dialnet, Scielo y la biblioteca de la Universidad, incluido el repositorio UVaDoc.

El trabajo sigue la siguiente estructuración. En primer lugar, se plantean los objetivos de esta revisión. A continuación, se expone el estado de la cuestión que contextualiza la afasia postictus, se definen los distintos tipos de afasia, se revisan los varios sistemas de evaluación y diagnóstico y la influencia de la terapia elegida en el proceso de recuperación de la afasia. Además, se dedica una parte al análisis del impacto de la afasia en la calidad de vida de los pacientes, los factores que influyen en la recuperación y el papel de las nuevas tecnologías en este proceso. En el tercer apartado, se detalla la metodología empleada en la búsqueda y selección de los artículos incluidos y se especifican los criterios de inclusión y exclusión que se han establecido para la elección de los trabajos analizados. En el siguiente punto del TFG, se presentan los resultados obtenidos y se plantea la discusión que surge en el ámbito de la logopedia tras el análisis de los resultados. En último lugar, se ofrecen las conclusiones y las líneas futuras de investigación.

4. Objetivos

La afasia es uno de los síntomas más frecuentes que se presentan tras haber sufrido un accidente cerebrovascular (ACV). Este síntoma afecta de manera significativa a la comunicación y al lenguaje de los pacientes, así como a su calidad de vida.

Los logopedas desempeñan un papel rehabilitador fundamental, pues aportan una serie de estrategias y recursos terapéuticos cuyo objetivo es la recuperación y la mejora de la funcionalidad comunicativa, del lenguaje y de la deglución.

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como finalidad analizar las diversas intervenciones logopédicas empleadas para la rehabilitación de la afasia postictus mediante una revisión bibliográfica. Por tanto, se establecen una serie de objetivos específicos que permiten identificar los diferentes enfoques que prevalecen.

A continuación, se detallan los objetivos de estudio que guían la estructura y el desarrollo del trabajo.

4.1 OBJETIVO GENERAL

- El objetivo general de este estudio consiste en revisar y analizar la evidencia científica existente sobre la rehabilitación logopédica en la afasia postictus.

Con este fin, se pretende identificar los enfoques terapéuticos más utilizados y su efectividad clínica.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estudiar los tipos de afasia y su impacto en el lenguaje y la comunicación.
2. Identificar los principales enfoques logopédicos empleados en la rehabilitación de la afasia.

3. Analizar la eficacia de las intervenciones logopédicas, teniendo en cuenta los diferentes factores para ofrecer posibles mejoras de las limitaciones observadas.
4. Explorar acerca del papel de las nuevas tecnologías en la recuperación del lenguaje en pacientes con afasia postictus.

5. Estado de la cuestión

En este apartado del estado de la cuestión, se repasan varios conceptos clínicos esenciales para la realización del trabajo, pues influyen en la capacidad de comunicación del paciente. Se trata de conceptos como la enfermedad denominada accidente cerebrovascular (ACV), la afasia y los tipos de afasia, las alteraciones en la comunicación y el impacto de la afasia en la calidad de vida de las personas que la padecen.

En los siguientes subapartados, se estudian las etapas de la recuperación de la afasia, las pruebas de evaluación y diagnóstico que se utilizan para la intervención logopédica tras un ACV y, finalmente, los factores que influyen en la recuperación logopédica de la afasia y en la elección de las diferentes intervenciones o terapias logopédicas.

5.1 LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ECV)

La etiología de las afasias es muy variada, entre ellas la enfermedad cerebrovascular. Los trastornos vasculares alteran la irrigación sanguínea del cerebro comprometiendo la oxigenación y la distribución de los nutrientes, pudiendo ocasionar la muerte del tejido cerebral. El riesgo sanguíneo se interrumpe por alguno de los siguientes mecanismos:

En la oclusión el tejido muere por interrupción del flujo de sangre al cerebro como resultado de una trombosis (estenosis de los vasos sanguíneos por acumulación de placas arteroescleróticas) o embolia (oclusión causada por un émbolo). Por otro lado, puede ser causado por una hemorragia al producirse una ruptura arterial, alterando la irrigación sanguínea normal (González y González, 2012: 2-3)

Por su parte, Ruiz (2021) define el ictus isquémico como la etiología más común de las afasias.

5.2 LA AFASIA Y LOS TIPOS DE AFASIA

La afasia se define como “un trastorno del lenguaje verbal y no verbal, secundario a una enfermedad o lesión de aquellas áreas del sistema nervioso central encargadas de la comprensión y/o producción de este” (Ruiz, 2021: 218).

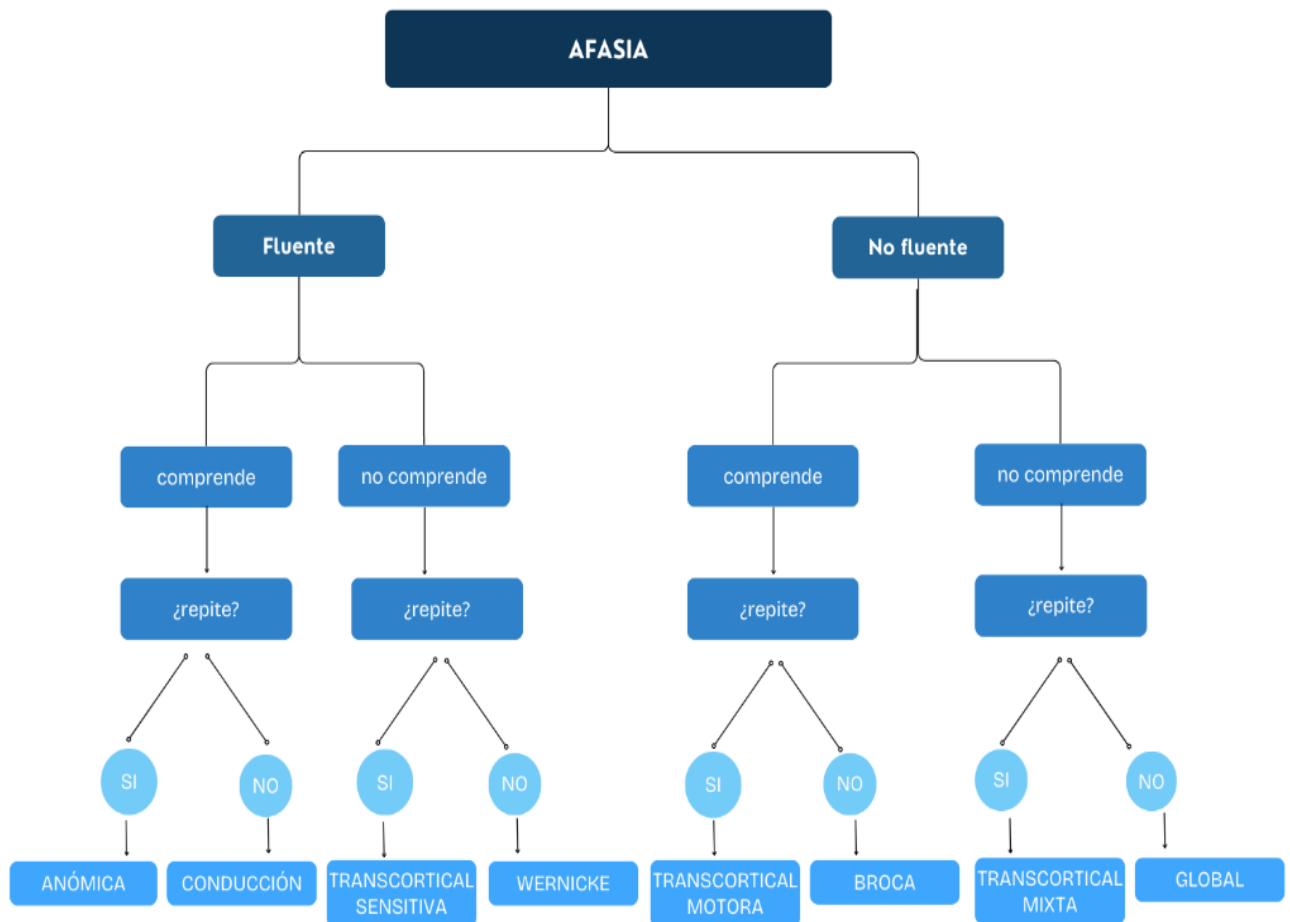
Las dos clasificaciones más populares son la de afasia fluida versus no fluida, y, por otra parte, la afasia cortical versus subcortical.

Ambos tipos se diferencian en la fluidez del habla. La afasia fluida se caracteriza por un habla fluida, sin embargo, el contenido es pobre y con dificultades en la comprensión, un ejemplo de afasia fluida sería la afasia de Wernicke.

Por otro lado, la afasia no fluida indica un habla con alteraciones en el ritmo, con errores como omisiones. En este tipo de afasia, sin embargo, la comprensión suele estar menos afectada que la expresión, un ejemplo de afasia no fluida sería la afasia de Broca.

En el siguiente esquema de elaboración propia, se muestra una clasificación de los distintos tipos de afasia que pueden surgir y su clasificación en función de la fluencia del lenguaje.

Tabla nº1. La clasificación de las Afasias



Sin embargo, a pesar de que los síntomas afásicos se pueden reunir y reagrupar en diferentes síndromes afásicos, algunos autores, como Fernández y López-Higues (2012), consideran que cada paciente presenta ciertas particularidades. De ahí, la importancia de la evaluación y el diagnóstico personalizado para la determinación de la intervención logopédica más adecuada para cada paciente.

5.3 EL IMPACTO DE LA AFASIA EN LA CALIDAD DE VIDA

La afasia, independientemente de si es fluente o no fluente, no solo afecta a la comunicación, sino también a la autoestima, al bienestar emocional y a las relaciones sociales del paciente. En consecuencia, la afasia influye en las relaciones del paciente con sus familiares, cuidadores o el entorno. Por este motivo, los logopedas deben atender también a las emociones, pues la afasia tiene un impacto psicológico muy importante en pacientes postictus.

La depresión postictus (DPI) se presenta en uno de cada tres pacientes con ictus y, desafortunadamente, en más de la mitad de los casos ni se diagnostica ni se trata:

Esto significa que la DPI es el trastorno afectivo más frecuente tras un ictus, y aunque la prevalencia es elevada, la DPI está a menudo infradiagnosticada por la presencia de otros signos y síntomas (Llorca et al. 2015: 24-25).

En estos casos, la depresión postictus se considera el factor principal que limita la recuperación y la rehabilitación de los pacientes con afasia (Carod Artal, 2006: 169). Además, el estudio *Secondary Prevention of Small Subcortical Strokes* (SPS3) publicado por White et al. (2011), que tiene como objetivo examinar la prevalencia de la depresión y la recurrencia del deterioro cognitivo en pacientes con ictus lacunares, demuestra que se da una prevalencia del 19% de depresión en los 4 meses siguientes al daño cerebral.

Está claro, entonces, que es muy importante considerar el factor depresión postictus para el diseño de la intervención logopédica en cada uno de los pacientes afectados.

5.4 LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO

El primer paso para comenzar un tratamiento y fomentar una correcta recuperación es realizar una historia clínica que recoja aquellos datos de mayor importancia acerca de su historia personal, antecedentes y su historia actual, teniendo en cuenta los datos aportados por el examen físico neurológico.

Los logopedas tenemos un papel directo con las personas y en este punto es necesario conocer las habilidades sociales necesarias para establecer un ambiente cómodo de evaluación y una buena relación con el sujeto. Algunas de las habilidades sociales del logopeda son la resolución de los problemas, una comunicación afectiva con el paciente y la capacidad de planificación, entre otras.

En las pruebas de evaluación y diagnóstico, se valora tanto el lenguaje oral (expresión, comprensión, denominación y repetición) como el lenguaje escrito (lectura y escritura).

Para ello se realizan una serie de pruebas o baterías, las cuales se pueden dividir en pruebas estandarizadas/no estandarizadas y baterías estandarizadas/no estandarizadas.

5.4.1 Pruebas no estandarizadas

Entre las pruebas no estandarizadas, se cuenta con entrevistas personales para observar al individuo. Se realiza una entrevista inicial con el sujeto, en la que se utiliza el método de observación como principal vehículo para obtener información subjetiva que nos interese.

Asimismo, se puede utilizar la prueba de conversación, tanto dirigida como espontánea. De esta manera el profesional puede valorar si el sujeto entiende órdenes e instrucciones.

Algunos cuestionarios que pueden ayudar en este tipo de evaluación son: el Cuestionario para el Estudio Lingüístico de las Afasias (CELA) y la Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia (EPLA).

5.4.2 Pruebas estandarizadas

Entre las pruebas estandarizadas destacan las siguientes:

- Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE): tiene el propósito de diagnosticar la afasia haciendo uso de las modalidades perceptivas auditivas, visuales y gestuales, y cuyos ítems son la fluidez, comprensión, auditiva, nombramiento, repetición, lectura oral, habla automática, comprensión lectora y escritura.
- Test de Barcelona: instrumento neuropsicológico que evalúa de manera cuantitativa diferentes áreas cognitivas, entre ellas, el lenguaje y memoria.
- Protocolo Corto de la evaluación de la Afasia (PCA): evaluación rápida y sencilla que permite obtener información acerca del estado actual de la patología.

Los apartados que componen este Protocolo Vorto son: lenguaje espontáneo con la Lámina de Boston, lenguaje automático, comprensión de órdenes verbales, denominación de imágenes, repetición, designación verbal y escrita; y, por último, escritura.

A su vez, hay pruebas estandarizadas que se pueden clasificar como pruebas globales o pruebas que evalúan una modalidad específica del lenguaje.

En este último grupo destacan dos pruebas estandarizadas:

- Token Test: evaluación de la comprensión del lenguaje.
- Prueba de denominación de Boston: evaluación de la denominación.

5.5 LAS ETAPAS DE LA RECUPERACIÓN

Los pacientes con lesión cerebral atraviesan una serie de fases desde el momento del diagnóstico hasta la aceptación de la realidad. Es necesario tener en cuenta estas fases por las que pasa el paciente, que se pueden resumir de la siguiente manera:

Estas fases se resumen en negación, ira, negociación, depresión y aceptación y que esto puede influir en el desarrollo del tratamiento (Martín De La Huerga et al. 2015: 87).

La etapa de negación corresponde al inicio del proceso tras diagnóstico. En esta fase, el paciente tiende a rechazar la existencia de la enfermedad o minimiza su gravedad.

Posteriormente, en la etapa de ira, la persona experimenta sentimientos de frustración, que pueden dirigirse hacia sí mismos o hacia su entorno.

La tercera etapa es la negociación, en la cual el individuo suele formular promesas o buscar soluciones poco realistas como una forma de afrontar la situación vivida.

La cuarta etapa corresponde con la depresión, caracterizada por los sentimientos de tristeza y pérdida significativa de interés en las actividades cotidianas. Para el tratamiento de la depresión, Martín de la Huerga et al. (2015) sugieren que las corrientes psicoterapéuticas más adecuadas para la intervención con personas con daño cerebral pueden englobarse dentro de las Terapias Cognitivo Conductual (TCC) o humanistas.

Varios antidepresivos han mostrado mejoría cognitiva y recuperación funcional en la DPI, siendo los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos (ADT) los más estudiados (Llorca et al., 2015: 28).

Finalmente, la etapa de la aceptación marca el cierre de este proceso emocional. En ella, el paciente asimila la realidad del diagnóstico y comienza a desarrollar estrategias para convivir con la enfermedad y adaptarse a su nueva condición.

Desde el punto de vista de González y González (2012), las alteraciones del lenguaje en la fase aguda ocurren durante los primeros días y semanas posteriores a la lesión cerebral. Estas alteraciones suelen ser variadas y severas. Pero, al mismo tiempo en esta fase aguda también se da el periodo de recuperación espontánea, que está relacionado con la plasticidad cerebral.

Diferentes autores muestran acuerdo general (Basso, 2003) en que la curva de recuperación espontánea es más pronunciada en los primeros 2-3 meses tras el inicio, cuando aún ocurre la resolución de la diasquisis, y se aplanan en los 3-4 meses siguientes. Este fenómeno neurológico se conoce como la disfunción inhibitoria temporal de una zona del cerebro que se encuentra conectada a un área cerebral dañada, ya sea adyacente o distante, y que ocurre tras una lesión cerebral como el ictus.

5.6 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RECUPERACIÓN DE LA AFASIA EN EL ÁMBITO LOGOPÉDICO

A continuación, se explican los diferentes factores que afectan de manera directa al sujeto, y, por tanto, hay que tenerlos en cuenta en la elaboración y metodología que dirige el programa de rehabilitación logopédica.

5.6.1 Factores clínicos que influyen en la recuperación del lenguaje

Según algunos autores, como Garcés-Vieira y Suárez-Escudero (2014), la neuroplasticidad influye en la recuperación del lenguaje, pues es la potencialidad del sistema nervioso de modificarse para formar conexiones nerviosas en respuesta a la información nueva, la estimulación sensorial, el desarrollo, la disfunción o el daño.

Por su parte Hartwigsen (2016), considera que una comprensión profunda de la organización del lenguaje y del potencial general del cerebro para la plasticidad adaptativa es obligatoria para la interpretación de los procesos de reorganización en el cerebro lesionado y, en última instancia, podría resultar útil para optimizar las estrategias de tratamiento para la rehabilitación del lenguaje en pacientes con afasia posterior a un accidente cerebrovascular.

Como advierten González y González (2012) la plasticidad cerebral puede clasificarse en plasticidad madurativa, adaptativa y regenerativa, siendo esta última la encargada de la reorganización del sistema nervioso tras sufrir una lesión.

Resulta esencial conocer las funciones atribuidas a cada hemisferio cerebral, ya que inciden en la recuperación. Al hemisferio izquierdo se le atribuye generalmente la habilidad del lenguaje, pero se han desarrollado diferentes teorías que proponen que el lenguaje abarca áreas extensas y no se asienta solo en centros específicos cerebrales.

Según Borregón y González (2018: 52), “el hemisferio derecho parece jugar un papel dominante en aquellas funciones relacionadas con la comprensión de aspectos complejos del lenguaje, como narraciones, humor y metáforas”.

5.6.2 El tipo de terapia: la terapia intensiva y el trabajo en grupo

El segundo factor que influye en la recuperación de la afasia en el ámbito logopédico se centra en la intensidad de la intervención logopédica para lograr la recuperación.

En Alemania se llevó a cabo un estudio mediante un ensayo controlado y aleatorio en el que participaron 158 personas, en torno a los 70 años, que presentaban afasia postictus en fase crónica, es decir, después de los seis meses:

Se dividieron los pacientes en dos grupos: pacientes que realizan terapia intensiva del habla y lenguaje durante tres semanas (≥ 10 h por semana) y pacientes con tres semanas de aplazamiento de la terapia intensiva. Tres semanas de terapia intensiva del habla y el lenguaje mejoraron significativamente la comunicación verbal en personas de 70 años o menos con afasia crónica después de un accidente cerebrovascular, lo que proporcionó un enfoque de tratamiento basado en evidencia eficaz en esta población. (Breitenstein, s. f.)

Los metaanálisis y las revisiones sistemáticas publicados en los últimos 15 años han proporcionado evidencia sólida de que la terapia del habla y del lenguaje, si se administra con suficiente intensidad (≥ 5 h por semana), es efectiva incluso en pacientes con afasia crónica después de un accidente cerebrovascular. (Breitenstein, s. f.)

Del mismo modo, Cherney et al. (2011) enuncian un mayor número de pruebas que indican que la terapia intensiva tiene un impacto positivo en los resultados. Incluso las personas con afasia crónica, con un tratamiento intensivo, experimentan una recuperación del lenguaje durante años después de la aparición de la enfermedad.

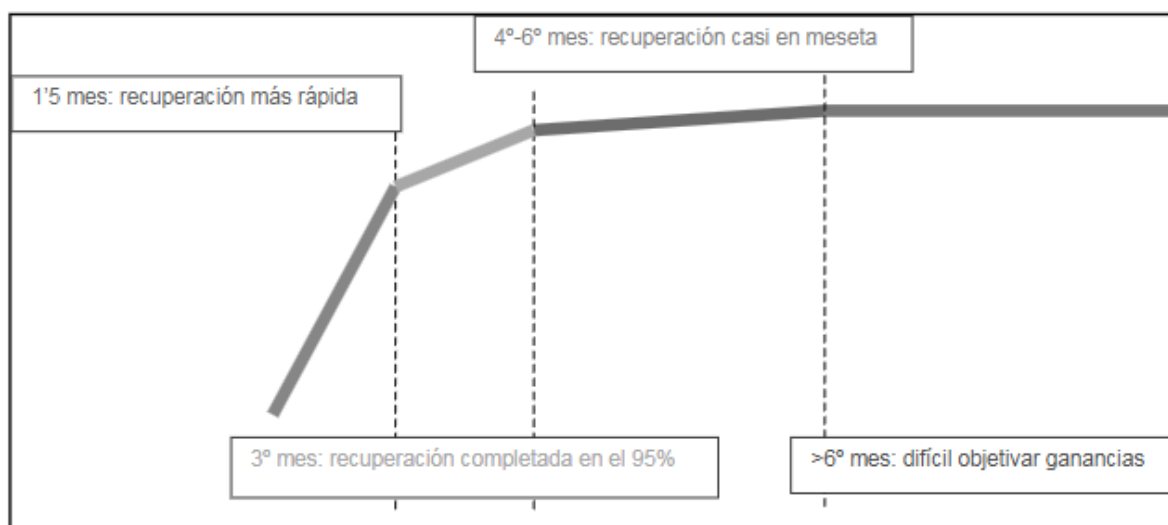
Muchas horas de terapia durante un período corto de tiempo parecieron ayudar el uso del lenguaje de los participantes en la vida diaria y redujo la gravedad de sus problemas de afasia. Sin embargo, este tipo de terapia intensiva no está exenta de desventajas, pues, como afirman Brady et al. (2016), muchos pacientes abandonan este tipo de tratamientos intensivos:

Más personas dejaron de asistir a estos tratamientos altamente intensivos (hasta 15 horas por semana) que aquellos que tenían un programa de terapia menos intensivo (Brady et al., 2016:8)

La evolución típica del ACV sigue una curva ascendente de pendiente progresivamente menor. Esto nos indica que, en un paciente con recuperación favorable, la mejoría transcurre al inicio y se relaciona con la recuperación del tejido penumbra de la periferia del área isquémica. (Cuadrado, s.f.)

Por tanto, en contraposición, la mejoría a largo plazo se relaciona más con la plasticidad cerebral.

Figura 2: curva de recuperación esperada en el ACV



Elaboración de Cuadrado, Á. A. (2009; 70 (3):29).

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se concluye que los dos primeros meses se inicia el proceso de recuperación rápida. En este momento puede ocurrir el proceso de recuperación espontanea.

A partir de los 4 meses se inicia el proceso de fase crónica, es decir, ese momento en el que los conocimientos se adquieren más despacio y la recuperación se aplanan. En este momento es cuando se observan mayores dificultades en la adquisición de habilidades y, precisamente en este punto, algunos autores, como Brady et al. (2016), entre otros, discrepan sobre la necesidad de una rehabilitación intensa o si, por el contrario, hay que disminuir la intensidad de la terapia.

5.6.3 Otros factores de la intervención logopédica en afasia

Para poder diseñar un plan de intervención apropiado y basado en la evidencia, es necesario conocer las características individuales de cada sujeto, aportando una mayor eficacia al tratamiento logopédico de las personas con afasia.

En la literatura no existe un modelo consensuado o general para el tratamiento de los cambios conductuales en personas que hayan sufrido una lesión cerebral. Sin embargo, existen algunos autores que se centran en el tratamiento grupal, y otros en el individual (Martín De La Huerca et al., 2015).

La metodología de trabajo llevada a cabo puede realizarse de varias maneras, siendo las más frecuentes aquellas con sesiones individuales o, por el contrario, en forma de grupo. Cada una de ellas tiene sus beneficios y perjuicios, por lo que no existe un consenso entre autores.

Por un lado, hay autores, como Romani (2012), para quien

El trabajo en un grupo puede ser eficiente para los logopedas y terapeutas del habla y el lenguaje, así como reducir los sentimientos de aislamiento y falta de confianza en los pacientes (Romani, 2019: 253).

En contraposición, otros autores, entre ellos Borregón y González (2018), sostienen que el tratamiento debe realizarse llevando a cabo una actuación pedagógica particular, diseñada y elaborada de forma individualizada.

Sin embargo, si bien la intervención logopédica puede llevarse a cabo con el paciente de manera grupal o individualizada, otros estudios demuestran que la intervención logopédica resulta más efectiva cuando se realiza en conjunto con otros profesionales de la salud, es decir, en equipos multidisciplinares.

La función de los logopedas en estos equipos interdisciplinarios es importante puesto que, además del lenguaje y la comunicación, pueden abordar las funciones cognitivas generales, de manera que se puede ayudar a mejorar el estado emocional del paciente y su integración en la vida social y laboral.

Según Gallardo-Paúls et al. (2006), las afasias necesitan la intervención de un equipo multidisciplinar formado por especialistas en neurología, neuropsicología, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, lingüística y la colaboración de diferentes especialistas que el paciente requiera.

5.7 RECUPERACIÓN LOGOPÉDICA DE LA AFASIA MEDIANTE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

En ciertas ocasiones, los pacientes no recuperan completamente sus habilidades lingüísticas, y eso por ello que se enseñan estrategias compensatorias cuya finalidad es ayudar al paciente a comunicarse de manera efectiva.

Las terapias basadas en las aplicaciones digitales desarrolladas para las nuevas tecnologías (ordenadores y smartphones) han demostrado ser una ayuda, junto a las terapias tradicionales, para la rehabilitación de la afasia postictus (Koleck et al., 2017).

Los resultados sugieren que las nuevas tecnologías podrían ser útiles para la recuperación del lenguaje, especialmente en pacientes jóvenes (menos de 65 años):

Esto significa que, las personas más mayores, presentaban más desconocimiento, fatiga o indiferencia frente a dispositivos electrónicos como teléfonos, ordenadores, tablets, etc. (Ferrete Ruíz et al., 2023:19).

Estudios recientes sobre la estimulación transcraneal con corriente continua (tDCS), muestran que la aplicación anódica, particularmente sobre el giro frontal inferior izquierdo, parece ser la opción de tratamiento tDCS más prometedora para mejorar el desempeño en la denominación en personas con accidente cerebrovascular, sin embargo, no mejoró la comunicación funcional. (Elsner et al., 2020)

En el ensayo clínico de (Shah et al., 2013), se muestran mejoras en ciertos aspectos del lenguaje tras utilizar la estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS) como una estrategia para inducir neuroplasticidad y mejorar la recuperación del lenguaje en pacientes con afasia crónica postictus.

6. Material y métodos

A continuación, se expone el procedimiento llevado a cabo para la selección de los 21 artículos tomados en consideración para la realización del análisis de esta investigación. Se describen las fuentes documentales consultadas, así como los criterios previamente establecidos para la inclusión y exclusión de los estudios considerados.

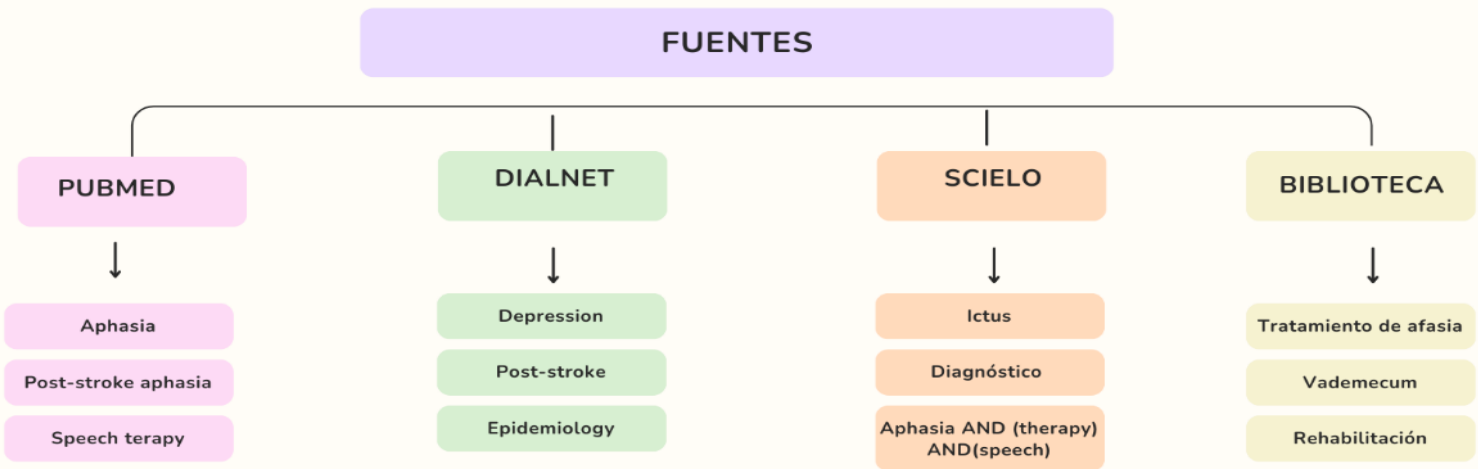
1. Tipo de estudio

Se trata de una revisión sistemática de la literatura científica.

2. Fuentes

Se consultan las siguientes bases de datos para identificar estudios relevantes publicados en los últimos 10 años. Algunos artículos son menos recientes, pero tienen un gran peso de valor en cuanto a contenidos.

Figura 3: Fuentes consultadas en la revisión



3. Criterios de inclusión

- 3.1 Estudios clínicos y revisiones que comparen intervención temprana y tardía en pacientes con afasia postictus.
- 3.2 Artículos publicados en inglés o español.
- 3.3 Estudios que utilicen medidas cuantitativas para evaluar el progreso en el lenguaje y la funcionalidad comunicativa.

4. Criterios de exclusión

- 4.1 Pacientes con otros trastornos neurológicos que no sean ictus.

Para la recogida de los estudios a través de las diferentes bases de datos mencionadas con anterioridad, se propone una plantilla PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis).

El método PRISMA es un conjunto mínimo de ítems basados en la evidencia que permite documentar los autores mencionados y por qué se incluyen en esta revisión.

En la fase de identificación:

- Se han consultado 4 bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo y Biblioteca de la facultad.
- Se ha obtenido un total de 61 registros.
- De ese total, 11 han sido eliminados antes de la proyección por motivos como carecer de permiso para acceder a base de datos privadas o de pago.

En la fase de screening:

- Se han examinado 50 registros.
- Se han excluido 10 registros por repetición, 7 por páginas web, 12 por pacientes con otras patologías diferentes al ictus.

Incluido:

- Estudios incluidos en la revisión: 21.

7. Resultados y discusión

La presente revisión bibliográfica ha permitido analizar un número relevante de investigaciones centradas en los diversos factores que influyen en la programación de la rehabilitación logopédica de pacientes con afasia tras sufrir un ictus.

En general, los estudios revisados coinciden en resaltar la importancia de realizar una intervención lo más temprana posible, adaptada en todo momento al tipo de afasia y al perfil del paciente. De igual modo, la intensidad ha sido un factor destacable para la mejoría de la intervención.

Sin embargo, también se evidencian discrepancias en cuanto a la duración de las terapias, los criterios de evaluación y el diseño del plan de intervención, lo que sugiere la necesidad de seguir profundizando en esta línea de investigación.

En primer lugar, los resultados obtenidos en este estudio evidencian que, además de la mejoría del lenguaje en las fases agudas, la terapia intensiva del lenguaje y habla en rehabilitación logopédica en fases crónicas de la afasia mejora significativamente la comunicación verbal, y, en algunos casos, el uso funcional del lenguaje, la comprensión y la producción.

Además, hay que destacar la depresión como un factor influyente en la rehabilitación, siendo presentado en un alto porcentaje de pacientes en los cuatro meses posteriores al episodio.

Como menciona Llorca et al.(2015), la depresión postictus (DPI) es el trastorno afectivo más frecuente tras un ictus, sin embargo, en más de la mitad de los casos ni se diagnostica ni se trata.

Por último, las terapias basadas en las aplicaciones digitales muestran un apoyo a las terapias tradicionales, así como la estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS) induce la neuroplasticidad y mejora la recuperación del lenguaje en pacientes con afasia crónica post-ictus.

Estos hallazgos son consistentes con los estudios de autores como González y González (2012) quienes exponen que el éxito de la rehabilitación depende en parte de su estado emocional, siendo un pronóstico mejor si se cuenta con una red familiar y social de apoyo.

De este modo, Borregón y González (2018: 134) consideran que:

Tal vez el momento más apropiado para pasar la prueba y obtener así datos de relativa estabilidad, sea tras un periodo largo seguido al A.C.V, tras la recuperación espontánea (entre los tres y seis primeros meses).

Por otro lado, otros autores, como Cherney et al. (2011), se han centrado en la variable de la intensidad, cuyas revisiones enuncian que la terapia intensiva tiene un impacto positivo en los resultados. Aun así, se deben tener en cuenta las variables como la edad, la disponibilidad o la gravedad del accidente, entre otros.

En cuanto a los modelos de administración, nos encontramos con diferentes posiciones. Por un lado, algunos autores, como Romani (2019), consideran que realizar las intervenciones en grupo puede beneficiar a los logopedas y reducir los sentimientos de aislamiento social de los pacientes.

En contraposición, otros autores, como Borregón y González (2018), reflexionan en que el tratamiento debe ser una actuación pedagógica diseñada y elaborada de forma individualizada.

A pesar de los resultados obtenidos, el estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, en la mayoría de los casos, el tamaño muestral de pacientes es reducido, lo que puede limitar la generalización de los resultados. En segundo lugar, hay que destacar el número limitado de estudios en nuestro país, ya que los ensayos revisados se han realizado en el extranjero. Entre ellos destacar Estados Unidos, UK o Alemania como los principales países que han realizado diversos ensayos con la afasia postictus.

Desde el punto de vista clínico, se han encontrado pocos estudios que comparen los resultados de la intervención, por lo que se destaca la necesidad de plantear estudios con un grupo de control y otro grupo experimental (por ejemplo, con y sin intervención logopédica) para ver si los cambios se deben al grupo experimental y no a otros factores externos como la recuperación espontánea, o efecto placebo.

Para futuras investigaciones, sería conveniente ampliar la muestra del ensayo e incluir diferentes tipos de afasia, explorando así la eficacia de los diferentes enfoques terapéuticos en los diversos tipos. Asimismo, se podría valorar la metodología de trabajo tanto grupal e individual, valorando en que etapa de la rehabilitación es más eficaz, el tipo de afasia y los beneficios de ambas, por ejemplo, reduciendo la depresión. Es decir, se pueden comparar diferentes tratamientos para ver cuál de ellos presenta un impacto mayor en la comprensión o expresión del lenguaje.

A continuación, se muestra de manera visual y comparativa los datos obtenidos de diferentes ensayos clínicos y artículos que han sido revisados y que han resultado de gran interés para la elaboración del trabajo.

Como se puede observar en la tabla, se han realizado diversos ensayos clínicos donde se aplican diferentes métodos de intervención en la afasia tanto en fase aguda como crónica, así como la duración de dicho ensayo, los principales resultados obtenidos tras realizarlo y los factores más influyentes en estos estudios.

Autor(es) y año	Tipo	Intervención aplicada	Duración / Frecuencia	Resultados principales	Factores influyentes
White et al. (2011)	Ictus lacunar	Evaluación mediante "Patient Health Questionnaire".	2 semanas-6 meses/ 4 años.	El 19% de 2477 personas padece depresión en los cuatro meses posteriores al episodio.	Apoyo familiar, motivación.
Martín E.G. et al. (2013)	Afasia crónica	Estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS)+ terapia del lenguaje.	10-30 minutos al día/ 5-10 días.	Mejora en denominación y fluidez verbal, y activación compensatoria cerebral.	Edad, neuroplasticidad cerebral.
Breitenstein, D. C. (s. f.).	Afasia crónica	Terapia intensiva del habla y lenguaje.	Mayor o igual de 10 h semanales/ 3 semanas.	Mejora significativamente la comunicación verbal.	Fase crónica de más de 6 meses tras ictus. Pacientes de 70 años o menos.

Autor(es) y año	Tipo	Intervención aplicada	Duración / Frecuencia	Resultados principales	Factores influyentes
Ferrete Ruíz, E. J., De Torres Chacón, M. D. L. R., Perez Sánchez, S., Domínguez Mayoral, A., Gamero García, M. Á., Barragan Prieto, A., Ruiz Bayo, L., Briales Grzib, H., y Montaner Villalonga, J. (2023).	Afasia tras ictus isquémico reciente (máximo 7 días tras un ictus isquémico).	Uso de aplicaciones informáticas para dispositivos móviles.	30 días.	En la prueba Mississippi Aphasia Screening Test (MAST) se observa una media de 46.5 puntos en el grupo de intervención frente a un 34.8 en el grupo control	Los resultados indican que los pacientes menores de 65 años son los que tienden a mejorar. Además, la muestra de 40 personas descendió a 30 pacientes que completaron el estudio.

Autor(es) y año	Tipo	Intervención aplicada	Duración / Frecuencia	Resultados principales	Factores influyentes
Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., y Campbell, P. (2016).	Afasia crónica	Terapia intensiva	Variable	Algunos ensayos muestran mejoras en el uso funcional del lenguaje, la comprensión y la producción del lenguaje.	Tiempo post-ictus, entorno multidisciplinar, intensidad, duración, enfoque y modelos de administración (grupal, individual).
Koleck, M., Gana, K., Lucot, C., Darrigrand, B., Mazaux, J.- B., & Glize, B. (2017).	Afasia en fase aguda y tras un año del primer ictus	Recogida de datos mediante escalas como ASRS (Aphasia severity rating scale), BI (Barthel Index), ADRS (Aphasic depression rating scale), VCSB (Verbal communication scale of Bordeaux)	11 meses en tres centros diferentes de Francia	La muestra consta de 101 pacientes. Los resultados muestran una ligera mejora en el deterioro del lenguaje y una mejora moderada en la autonomía funcional. Los episodios depresivos afectan a la calidad de vida y persisten tras la recuperación.	Gravedad de la afasia, acceso a servicios de rehabilitación y jubilación

8. Resumen y conclusiones

La revisión realizada pone de manifiesto la complejidad de la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de la afasia postictus desde la perspectiva de la logopedia.

En primer lugar, se ha observado una amplia variedad de pruebas diagnósticas tanto estandarizadas como no estandarizadas que permiten evaluar diferentes componentes del lenguaje y clasificar la afasia. No obstante, se carece actualmente de una herramienta de evaluación unificada u oficialmente reconocida como estándar, lo que implica la utilización de diversas pruebas. Esta diversidad puede dificultar la comparación entre los estudios y la generalización de los resultados.

Asimismo, muchas de las pruebas empleadas presentan algunas limitaciones significativas, ya sea por su escasa sensibilidad en ciertos aspectos o por no estar diseñadas específicamente para evaluar la afasia. Cabe destacar que algunas herramientas se utilizan también en otros trastornos neurodegenerativos, como el Alzheimer.

En consecuencia, un primer paso para avanzar en el tratamiento logopédico de la afasia postictus consiste en desarrollar pruebas fiables y más efectivas para la evaluación y el diagnóstico de la afasia.

En cuanto al tratamiento, no existe un protocolo universalmente aceptado. Esto se debe a que las intervenciones deben adaptarse a las características individuales del paciente. El tipo y el grado de afasia, el momento postictus en el que se inicia la terapia y las capacidades cognitivas preservadas son factores indispensables a tener en cuenta para el establecimiento de un tratamiento de la afasia postictus. En consecuencia, el tratamiento debe ser flexible para que puedan incluirse a todos los pacientes. Este hecho hace que en los estudios se refleje una muestra grande de variedad en el tratamiento de la afasia postictus. El papel de logopedia es conocer toda esta variedad y saber adaptarla a las necesidades del paciente.

Además, es imprescindible que el logopeda tenga en cuenta que la depresión es habitual en los pacientes con afasia postictus y que, como se ha visto en los artículos revisados, generalmente no se trata ni se diagnostica, a pesar de la repercusión relevante que tiene en el estado de los pacientes y, por tanto, en la efectividad de la intervención logopédica para la rehabilitación del habla.

Si bien los estudios revisados sugieren que las terapias de alta intensidad y mayor frecuencia pueden favorecer una mejor recuperación del lenguaje, también se han observado que no son viables en todos los pacientes. La fatiga, la frustración o los estados emocionales pueden derivar en el abandono del tratamiento.

Tal como se ha mencionado previamente, los logopedas desempeñamos un papel directo en la atención a las personas, por lo que resulta fundamental hacer un uso adecuado de las habilidades sociales. Estas competencias son esenciales para establecer un vínculo afectivo con las personas que sufren emocionalmente por la afectación del lenguaje. En este sentido, es imprescindible generar un ambiente cómodo de evaluación y propiciar una relación profesional basada en la empatía y confianza.

En consecuencia, se evidencia la necesidad de continuar investigando en este sentido para desarrollar herramientas de evaluación más específicas y, al mismo tiempo, universales. Es preciso investigar modelos de intervención más flexibles y sostenibles en el tiempo. Solo a través de un enfoque integral y adaptado se podrá garantizar una atención logopédica eficaz y centrada en las necesidades reales de la afasia.

9. Referencias bibliográficas

- Basso, A. (2003). *Aphasia and its Therapy*. USA: Oxford University Press.
- Borregón S. y González A. (2018). La afasia. Exploración, diagnóstico y tratamiento. Ciencias de la educación preescolar y especial (Ed.).
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., y Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews, vol. 6.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub4>
- Breitenstein, D. C. (s. f.). Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: A randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30067-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30067-3)
- Carod Artal, F. J. (2006). Depresión postictus (I). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. *Revista de Neurología*, 42(03), 169.
<https://doi.org/10.33588/rn.4203.2005049>
- Cherney, L. R., Patterson, J. P., & Raymer, A. M. (2011). Intensity of Aphasia Therapy: Evidence and Efficacy. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 11(6), 560-569.
<https://doi.org/10.1007/s11910-011-0227-6>
- Cuadrado, Á. A. (s. f.). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Galicia Clínica. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4208262>
- Elsner, B., Kugler, J., y Mehrholz, J. (2020). Transcranial direct current stimulation (tDCS) for improving aphasia after stroke: A systematic review with network meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12984-020-00708-z>
- Fernández, S y López-Higues, R. (2012). Guía de intervención logopédica en las afasias. Editorial Síntesis, S.A.
- Ferrete Ruíz, E. J., De Torres Chacón, M. D. L. R., Perez Sánchez, S., Domínguez Mayoral, A., Gamero García, M. Á., Barragan Prieto, A., Ruiz Bayo, L., Briales Grzib, H., y Montaner Villalonga, J. (2023). Breaking the communication

- barrier using new technologies in aphasic patients post-stroke. *Revista Científica de La Sociedad de Enfermería Neurológica* (English Ed.), 58, 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.sedeng.2022.06.002>
- Gallardo-Paúls, B., Hernández Sacristán, C., y Moreno Campos, V. (2006). *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva actas del primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica*, Valencia, 7-9 de noviembre de 2006. Universitat de València.
- Garcés-Vieira, M. V., y Suárez-Escudero, J. C. (2014). *Neuroplasticidad: Aspectos bioquímicos y neurofisiológicos*. CES Medicina, 28(1), 119-132.
- González, P. y González, B (2012). *Afasia. De la teoría a la práctica*. Editorial medica panamericana.
- Hartwigsen, G. (2016). Adaptive Plasticity in the Healthy Language Network: Implications for Language Recovery after Stroke. *Neural Plasticity*, 2016, 1-18. <https://doi.org/10.1155/2016/9674790>
- Koleck, M., Gana, K., Lucot, C., Darrigrand, B., Mazaux, J.-M., & Glize, B. (2017). Quality of life in aphasic patients 1 year after a first stroke. *Quality of Life Research*, 26(1), 45-54. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1361-z>
- Llorca, G. E., Castilla-Guerra, L., Moreno, M. C. F., Doblado, S. R., y Hernández, M. D. J. (2015). Post-stroke depression: an update. *Neurología (Barcelona, Spain)*, 30(1), 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.008>
- Martín De La Hueraga, N., Muriel, V., Aparicio-López, C., Sánchez-Carrión, R., & Roig Rovira, T. (2015). Una revisión de escalas de evaluación para medir el cambio de conducta debido a la lesión cerebral y el tratamiento de estos cambios [A Review of Rating Scales for Measuring Behavior Change Due To Brain Injury and Treatment for These Changes]. *Acción Psicológica*, 11(1), 79. <https://doi.org/10.5944/ap.11.1.13878>
- Romani, C., Thomas, L., Olson, A. y Lander, L. (2019). Playing a team game improves word production in poststroke aphasia. *Aphasiology*, 33 (3), 253-288. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1548205>
- Ruiz, M. (2021). *Vademécum del tratamiento de los trastornos del lenguaje, habla, voz y deglución en niños y adultos*. Ediciones Universidad de Valladolid.

- White, C. L., McClure, L. A., Wallace, P. M., Braimah, J., Liskay, A., Roldan, A., Benavente, O. R., & SPS3 Investigators (2011). The correlates and course of depression in patients with lacunar stroke: results from the Secondary Prevention of Small Subcortical Strokes (SPS3) study. *Cerebrovascular diseases* (Basel, Switzerland), 32(4), 354–360.
<https://doi.org/10.1159/000330350>
- Shah, P. P., Szaflarski, J. P., Allendorfer, J., & Hamilton, R. H. (2013). Induction of neuroplasticity and recovery in post-stroke aphasia by non-invasive brain stimulation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00888>