

La calidad de vida en las personas con afasia

por Cristina Fernández Vera

ARCHIVO	17014_CRISTINA_FERNANDEZ_VERA_LA_CALIDAD_DE_VIDA_EN_LAS_PERSONAS_CON_AFASIA_1651689_940254390.PDF (542.52K)		
HORA DE LA ENTREGA	11-MAY.-2020 02:06P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	12471
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1321541848	SUMA DE CARACTERES	67353

Cristina
Fernández
Vera



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS CON AFASIA

LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS CON AFASIA

Autor/a: Cristina Fernández Vera
Director/a Profesional: Nereida Bueno Guerra
Director/a Metodológico/a: Mónica Terrazo Felipe



MADRID | Mayo 2020

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de las personas con afasia. Para ello, se evaluó la sensación de salud general, la frecuencia, la calidad de la comunicación y la priorización del contenido en el entrenamiento de 11 personas con afasia y 11 personas sin afasia. Para medir la sensación de salud general se utilizó el GHQ-12 ($\alpha=0,94$) y, para la calidad y frecuencia de la comunicación, el Communicative Activity Log (CAL) ($\alpha=0,98$). Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en función del grupo en la salud general ($U=6.00$, $p>.001$, $r=.76$), en la calidad de la comunicación ($U=6.50$, $p>.001$, $r=.75$) y en la frecuencia de la comunicación ($U=22.50$, $p=.011$, $r=.53$). También se hallaron discordancias en el orden de las categorías de la variable de contenido, mostrando que aquello que necesitan las personas con afasia es diferente a lo que las personas sin afasia piensan que necesitan. En la muestra clínica, se evidenció la relación entre la salud general y la frecuencia de la comunicación ($r_s=.60$, $p<.05$, $r_s^2=.36$), así como la relación entre la calidad y la frecuencia de la comunicación ($r_s=.61$, $p=.04$, $r_s^2=.37$). En conclusión, la frecuencia, la calidad y el contenido de la comunicación y son factores relevantes en la calidad de vida de las personas con afasia.

Palabras clave: afasia, calidad de vida, rehabilitación, depresión, aislamiento social.

ABSTRACT

The present paper was aimed to evaluate the quality of life of people with aphasia. For that purpose, it was evaluated the sense of general health, the frequency and quality of communication, and the prioritization of training content of 11 people with aphasia and 11 people without aphasia. In order to measure the sense of general health, the indicator selected was GHQ-12 ($\alpha=0,94$) and for the frequency and quality of communication, Communicative Activity Log (CAL) ($\alpha=0,98$). The results indicated statistically significant differences depending on the group in the categories of general health ($U=6.00$, $p>.001$, $r=.76$), quality of communication ($U=6.50$, $p>.001$, $r=.75$) and frequency of communication ($U=22.50$, $p=.011$, $r=.53$). Discrepancies were also found in the priorities of the training content selected by the individuals, the results showed that the necessity of people with aphasia is different from what people without aphasia think they need. In the clinical sample, it became apparent the relationship

between the general health and the frequency of communication ($r_s=.60$, $p<.05$, $r_s^2=.36$), as well as the relationship between the quality and frequency of communication ($r_s=.61$, $p=.04$, $r_s^2=.37$). In conclusion, the frequency, quality and content of communication are key factors in the quality of life of people with aphasia.

Key words: aphasia, quality of life, rehabilitation, depression, social isolation.

INTRODUCCIÓN

Según la Federación Española de Daño Cerebral (2017), de acuerdo con los datos obtenidos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) realizada en 2008, el 78% de las personas que padecen Daño Cerebral Adquirido (DCA) se debe a un ictus. En España hay aproximadamente 327.650 personas afectadas (Quezada, Huete & Bascones, 2017), de las cuales el 45% han de lidiar con secuelas físicas y psicológicas y, alrededor de un tercio, adquieren afasia (Villodre & Morant, 2010). Esta situación no les permite realizar las actividades básicas de la vida diaria convirtiéndoles, por lo tanto, en personas que requieren la ayuda de sus familiares y cuidadores. Dicho porcentaje está aumentando debido al envejecimiento que la población europea experimenta actualmente y, por lo tanto, evidencia la importancia de la investigación en este ámbito. El impacto producido por el cambio demográfico hace del envejecimiento un problema de salud pública para el ámbito clínico; supone hacer frente a una forma de investigación desprovista de un apoyo financiero y de una asignación de recursos adecuada. En la actualidad, el foco de intervención de la investigación del envejecimiento debería situarse en la promoción de la salud y en la mejora de la calidad de vida (Franco et al., 2007).

El objetivo de la investigación llevada a cabo por Ross y Wertz (2003) fue elaborar una comparación del impacto producido por diferentes enfermedades sobre la calidad de vida mediante la información aportada por los familiares y cuidadores de pacientes. La enfermedad que presentó la mayor afectación en la calidad de vida de los pacientes fue la afasia, seguida por el cáncer y la enfermedad de Alzheimer. El resultado del estudio evidencia el profundo efecto negativo de la afasia sobre la vida de las personas y, consecuentemente, la importancia de la investigación en este ámbito (Hilari, Needle & Harrison, 2012).

La afasia se define como una alteración en la capacidad para hacer uso del lenguaje, un déficit en la comunicación verbal o una pérdida causada por un daño cerebral. Para que se produzca una afasia es necesaria la presencia de una lesión que dañe

las áreas cerebrales encargadas del lenguaje y el desarrollo previo a la lesión de la capacidad del lenguaje, es decir, se trata de un daño cerebral adquirido (Dronkers, Wilkins, Van Valin, Redfern & Jaeger, 2004). Para clasificar clínicamente un síndrome afásico se toman en consideración tres dominios del lenguaje: fluencia, comprensión auditiva y repetición (Berthier, García-Casares & Dávila, 2011). Aunque, según Villodre y Morant (2010), algunas de las vertientes a valorar también en el lenguaje para evaluar el tipo de afasia son la denominación, la lectura, la escritura y el cálculo.

Tabla 1. *Dominios del lenguaje (fuente: elaboración propia)*

Dominio	Definición
Fluencia	Capacidad para generar lenguaje de forma espontánea mediante la comunicación oral (Butman, Allegri, Harris & Drake, 2000).
Comprensión auditiva	Procesamiento lingüístico complejo que implica desde el reconocimiento del fonema hasta la percepción clara de la información auditiva recibida (Córdoba, Coto & Ramírez, 2005).
Repetición	Habilidad que permite reproducir el lenguaje que ya se ha reproducido. Si la repetición está alterada, puede mostrarse desde el exceso de repetición o la ausencia de emisión (Berthier, García-Casares & Dávila, 2011).
Denominación	Habilidad que permite nombrar con una palabra determinada a alguien o algo. Los sistemas que permiten que se lleve a cabo la denominación son el reconocimiento, la memoria semántica y la recuperación de los fonemas que constituyen la palabra que se quiere nombrar (González & Hornauer-Hughes, 2014b).
Lectura	Habilidad que permite la descodificación de símbolos y la consiguiente interpretación en forma de significado. La lectura permite dar un sentido y comprensión al lenguaje escrito, pudiendo desarrollarse mediante el tacto o la vista (Vigotsky, 1988).
Escritura	Habilidad motriz, organizada y voluntaria, transformada mediante la práctica en un proceso automatizado. La escritura implica el conocimiento previo sobre el código de lenguaje, la transformación de fonemas en grafemas y la capacidad de recuerdo y evocación, entre otros. El lenguaje escrito consta de tres formas de escritura que requieren de procesos concretos implicados: la escritura espontánea, la escritura dictada y la escritura copiada (Sánchez, 2006).
Cálculo	Habilidad para llevar a cabo una enumeración u operación matemática con el objetivo de conocer un resultado o valor expresado en términos numéricos (Arias, 2009).

Existe una amplia clasificación de síndromes afásicos en función de la localización de la lesión, aunque la concordancia no es precisa debido a la neurodiversidad entre las personas y la forma resultante de la afasia (Helm-Estabrooks & Albert, 2005).

Tabla 2. *Afectación en los dominios del lenguaje en función del tipo de afasia (A. Ardila, 2005; Chávez, 2003; Jiménez, 2011; Vendrell, 2001).*

Tipo de Afasia		Fluencia	Comprensión	Repetición	Denominación	Escritura	Lectura	Cálculo	
Afasias corticales	Afectación en áreas corticales del lenguaje	Broca	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	
		Wernicke	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
		Global	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
		Conducción	No	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí
	Afectación en áreas limitrofes a las áreas corticales	Transcortical Motora	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No
		Transcortical Sensorial	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
		Transcortical Mixta	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
		Anómica	No	No	Sí	Sí	No	No	No

Terapias De Rehabilitación De La Afasia

La evaluación de la afasia trata de cumplir, fundamentalmente, con cuatro propósitos (González & Hornauer-Hughes, 2014): discernir entre los dominios comprometidos y preservados; establecer la gravedad del trastorno; elaborar un diagnóstico diferencial para determinar el tipo de afasia y planificar la rehabilitación. La evaluación puede ser formal, mediante la aplicación de baterías de evaluación estandarizadas, o informal, mediante una evaluación clínica.

Las terapias destinadas a la rehabilitación de la afasia tratan de mejorar la comunicación y los aspectos funcionales y psicosociales que se ven mermados de la afectación en la capacidad del lenguaje (Greener, Enderby, & Whurr, 1999). De la misma forma, las técnicas utilizadas toman en consideración los dominios del lenguaje: la fluencia, la comprensión auditiva, la repetición, la denominación, la lectura, la escritura y el cálculo (Berthier, García-Casares & Dávila, 2011; Villodre & Morant, 2010). Algunas baterías utilizadas para la rehabilitación de la afasia son:

La **Terapia de Entonación Melódica** (The Melodic Intonation Therapy o MIT) es una forma de rehabilitación del lenguaje basada en el canto, de forma que el patrón entrenado es similar al patrón prosódico de una oración entonada. El tratamiento permite trabajar la fluencia, la repetición y los movimientos motores de la boca (Villodre &

Morant, 2010). La Terapia de Entonación Melódica no está indicada para todos los tipos de afasia; la eficacia para personas que padecen afasia global es aún cuestionable, dado que implica que una serie de requisitos estén preservados, como la atención y la comprensión auditiva, así como la evidencia de que se esté produciendo la recuperación en algunos dominios del lenguaje (Albert, Sparks & Helm, 1973; Sparks, Helm & Albert, 1974).

La **Terapia del Control voluntario de producciones involuntarias** (VCIU) es una forma de intervención que trata de generar control sobre las producciones verbales espontáneas, involuntarias y recurrentes. Específicamente indicada como de elección para el tratamiento de las estereotipias, afectación fruto de la afasia (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). En esta terapia, se utiliza la lectura como medio hacia la fluencia, es decir, la lectura debe ser un dominio del lenguaje que esté preservado. De la misma forma, **la Terapia para el Tratamiento de la perseveración afásica** (TAP) es un tratamiento indicado exclusivamente para las personas que presentan perseveraciones, entendidas como bloqueo en la ejecución del lenguaje, y para mejorar la capacidad de denominación. La batería estandarizada que se utiliza es el Test de Boston (Kaplan, Goodglass & Weintraub, 1983), específicamente los subtests de comprensión auditiva y denominación, aunque se utiliza fundamentalmente para la elaboración de un diagnóstico diferencial para establecer el tipo de afasia y no como una forma de tratamiento (Monsegny, Echeverri & Arias, 1995).

El **Helm Elicited Language Program for Syntax Stimulation** (HELPSS), también llamada Syntax Stimulation Program (SSP), es una técnica basada en la tarea de finalización de historias cuyo objetivo es la creación de estructuras morfosintácticas (Helm-Estabrooks, Fitzpatrick & Barresi, 1981). La intervención ha demostrado mejorar la fluencia (Fink et al., 1995). Murray y Ray (2001) elaboraron un estudio planteando el entrenamiento en relajación como una técnica complementaria al HELPSS. Consideran que las reacciones emocionales negativas asociadas a la afasia, como la tendencia depresiva, suponen una carga adicional sobre los recursos cognitivos bloqueando los recursos disponibles para el procesamiento del lenguaje. El estudio determinó que el

entrenamiento en relajación implantado de forma previa al HELPSS mejoraba el rendimiento lingüístico durante el procedimiento.

La **Terapia Tradicional del Lenguaje** (Speech-Language Therapy), considerada un pilar en la rehabilitación de la afasia, se basa en la Teoría Clásica de la Percepción del Habla (Liberman, Cooper, Shankweiler & Studdert-Kennedy, 1967). La Teoría Clásica defiende la presencia de un sistema especializado que hace posible la percepción y el reconocimiento de los sonidos procedentes del lenguaje oral y, de la misma forma, dicho sistema se encuentra conectado al movimiento motor de la producción del habla. El objetivo fundamental de esta teoría es mejorar la fluencia, aunque, lamentablemente, esta terapia es lenta, difícil de implantar y económicamente costosa. La Terapia Tradicional del Lenguaje no tiene en cuenta la satisfacción del paciente en relación a la intervención, pero considera fundamental su estudio para futuras investigaciones (Greener, Enderby & Whurr, 1999). Existen dos posibles tratamientos complementarios a la Terapia Tradicional del Lenguaje: el tratamiento farmacológico y la Estimulación Magnética Transcraneal repetitiva.

En primer lugar, de acuerdo con los resultados, se ha especulado acerca de la efectividad de la intervención, planteando la posibilidad de incorporar la utilización de psicofármacos como tratamiento suplementario, al haber demostrado que algunos déficits en el lenguaje son susceptibles de mejora mediante los fármacos. El **tratamiento mediante psicofármacos** podría no mostrar efectos positivos e incluso provocar un efecto perjudicial en la capacidad del lenguaje (Berthier, 2005). De esta forma, la aplicación de farmacología en casos de afasia necesita más investigación para valorar los beneficios de su aplicación (Berthier, García-Casares & Dávila, 2011).

En segundo lugar, la **Estimulación Magnética Transcraneal repetitiva** (según sus siglas en inglés: rTMS), aporta un enfoque de tratamiento complementario para la rehabilitación de la afasia pudiendo estimular la recuperación de ciertos dominios del lenguaje (Martin et al., 2004). Consiste en una técnica no invasiva e indolora cuyo procedimiento implica la utilización de campos magnéticos que generan una corriente

electromagnética débil en el córtex cerebral estimulando e inhibiendo las zonas afectadas. La rTMS es un tratamiento de elección para las personas que han padecido un ictus cuyas secuelas están asociadas a la parálisis o la afasia, y, en otros casos, para la depresión y la epilepsia (Naeser et al., 2012). El tratamiento ha arrojado resultados favorables en personas con afasia con afectación en la fluencia (Naeser et al., 2012), la denominación (Hamilton et al., 2010) y la repetición. Asimismo, la adecuada administración del tratamiento de forma repetida ha demostrado una mejoría sustancial en los tres dominios prolongada durante ocho meses tras la estimulación (León et al., 2018). No obstante, aunque actualmente los resultados son favorables, se considera necesario evaluar la seguridad y la eficacia del procedimiento a corto y a largo plazo (Szaflarski et al., 2011).

A pesar del progreso llevado a cabo en las intervenciones clásicas centradas en la rehabilitación, hay una ausencia de tratamiento de elección y de técnicas realmente efectivas para rehabilitar los dominios del lenguaje comprometidos como resultado de la afasia. Actualmente, es necesaria la investigación de nuevas formas de intervención en la terapia de la afasia (López-Romero et al., 2019).

Ante la ausencia de un tratamiento de elección, surgió la iniciativa de Nereida Bueno y Blanca Fuentes, el proyecto de investigación llamado DULCINEA (acrónimo de "Dubbing Language-therapy CINema-based in Aphasia post-Stroke. A feasibility cross-over pilot-trial"), el cual comienza a ejecutarse este año tras ser financiado por una beca Health Research La Caixa. El propósito sobre el que se asienta el proyecto es proponer la rehabilitación de la capacidad del lenguaje mediante la **Terapia basada en el Doblaje**. Para ello, previamente a la propuesta de este trabajo, los miembros de investigación del proyecto DULCINEA llevaron a cabo una encuesta que atendía a las preferencias en el entrenamiento de palabras y frases recogidas por los pacientes y familiares de pacientes de la Asociación Afasia Activa y Freno al Ictus (link aquí: https://docs.google.com/forms/d/17tU3gklSJSbCTt15Yflkc9OnCV6KhVh4Awt_qDPV_Z8/edit). Una vez recogida la priorización de la rehabilitación, se seleccionarán las escenas en formato clip de la serie Cuéntame cómo pasó en las que se reúna el material que se pretende entrenar que, junto con la carga emocional de las imágenes, permita promover el lenguaje. Participaron un total de 18 personas entre 31 y 78 años (mujeres: 55,6%) que

tenían afasia consecuencia de un ictus desde un periodo comprendido entre 2 meses y 25 años (Bueno-Guerra, comunicación personal).

La intención del proyecto es, a través de las técnicas de doblaje, probar la eficacia de una posible nueva terapia rehabilitadora del lenguaje bajo la idea de que el doblaje integra la mayor parte de los dominios del lenguaje. Se considera que las imágenes pueden fomentar la articulación de los movimientos motores de la boca necesarios para vocalizar. De la misma forma, podría provocar el aumento de la motivación de los pacientes y sus familiares, dado que da respuesta a las necesidades reales de las personas con afasia.

Tabla 3. Baterías de rehabilitación de la afasia en relación con los dominios del lenguaje.

Baterías de Rehabilitación	Fluencia	Comprensión	Repetición	Denominación	Escritura	Lectura	Cálculo
Terapia de Entonación Melódica (MIT)	Sí	No	Sí	No	No	No	No
Terapia del Control voluntario de producciones involuntarias (VCIU)	Sí	No	No	No	No	Sí	No
Terapia para el Tratamiento de la perseveración afásica (TAP)	No	Sí	No	Sí	No	No	No
HELPSS	Sí	Sí		Sí			No
Terapia Tradicional del Lenguaje	Sí	Sí	No	No	No	No	No
Tratamiento farmacológico ¹	Sí	No	No	Sí	No	No	No
rTMS ²	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No
Doblaje ³	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No

Los autores Benson y Ardila (1996, p. 27) afirman: “La afasia nunca debe considerarse como un trastorno que afecta exclusivamente al lenguaje”, al hacer referencia a la alteración a otros niveles que se produce consecuentemente a la presencia de la afasia (Villodre & Morant, 2010). De hecho, dos de las principales variables consideradas afectadas en las personas con afasia son la depresión y el aislamiento social. En relación a la depresión, suele aparecer como un estado emocional frecuente en los

¹ El tratamiento farmacológico, aunque se plantee como un tratamiento complementario a la Terapia Tradicional del Lenguaje, es considerada una forma de rehabilitación.

² La rTMS, aunque se plantee como un tratamiento complementario a la Terapia Tradicional del Lenguaje, es considerada una forma de rehabilitación de la afasia. La mejoría que presentan los pacientes en los dominios del lenguaje hace de la rTMS un tratamiento de elección, aunque falta por comprobar su duración post-tratamental.

³ La Terapia basada en el Doblaje es una prueba piloto en la actualidad, por lo tanto, se desconoce el éxito que pueda tener sobre los pacientes.

pacientes debido a la dificultad comunicativa, asociándose con un peor pronóstico, y, en algunos casos, también se debe a la dificultad motora derivada del DCA (Camoës-Barbosa et al., 2012; Vendrell, 2001). En cuanto al aislamiento social, se sitúa como el principal problema derivado de la afasia (Sarno, 1993). En este sentido es muy significativo un estudio realizado por la Asociación Nacional de Afasia (NAA) en Estados Unidos en 1988, que determinó que el 70% de las personas con afasia consideraban que las personas de su entorno les evitaban debido a las dificultades en la capacidad de comunicación (Villodre & Morant, 2010).

Así las cosas, el estudio realizado por Cruice, Worrall, Hickson y Murison (2003) establece que el bienestar emocional, el adecuado funcionamiento del lenguaje y la capacidad de comunicación funcional de las personas con afasia predicen, en gran medida, la calidad de vida, aportando una dirección en el enfoque del tratamiento. El impacto potencial en la calidad de vida de los pacientes es el lugar donde se sitúa el foco de intervención para la terapia de afasia (Ross & Wertz, 2003).

La calidad de vida

La calidad de vida es entendida, según Ardila (2003), como el estado de bienestar subjetivo a nivel físico, psíquico y social. La percepción de satisfacción se deriva de los aspectos subjetivos y objetivos de cada persona. En relación con los aspectos subjetivos, se incluyen las dimensiones de la calidad de la intimidad y la expresión emocional, la percepción de seguridad, la eficacia personal y la salud. En segundo lugar, los aspectos objetivos de la calidad de vida incluyen las dimensiones de consonancia social y comunitaria y, de nuevo, la salud. El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud incorpora, fundamentalmente, la percepción del paciente en relación a su bienestar, siendo dicho elemento una dimensión necesaria en la evaluación de la salud (Schwartzmann, 2003). Concretamente, la evaluación del concepto en un paciente supone la medición del choque de una enfermedad y su consiguiente tratamiento sobre la percepción subjetiva de bienestar.

Por otro lado, la primera conclusión relevante de la investigación llevada a cabo por Worrall y Holland (2003) es que la calidad de vida se ve afectada negativamente por

la afasia y, en su mayor parte, este impacto es significativo. Sin embargo, no afirman que exista un consenso actual sobre el alcance del impacto, particularmente, porque la afasia podría compararse con otros impedimentos. De la misma forma, no se ha determinado un acuerdo en las facetas de la calidad de vida que afectan a las personas con afasia y sin afasia. En consecuencia, se desconocen los objetivos de tratamiento basados en la evidencia para mejorar la calidad de vida de las personas con afasia (Ross & Wertz, 2003). Por lo tanto, dado que los profesionales de la salud solo pueden teorizar sobre las necesidades de las personas con afasia, se necesita la figura de los familiares o cuidadores para que, junto con los pacientes, traten de establecer unos objetivos que den respuesta a sus necesidades y, conjuntamente, generen una nueva comprensión del mundo (Sarno, 1993).

Ardila (2010) determinó que las prioridades que presentan los pacientes con afasia, así como el tipo de técnicas y el nivel de rehabilitación que debería ser aplicado, sólo puede ser establecido por una investigación exhaustiva. El desarrollo de la adecuada capacidad de comunicación y la mejoría en la calidad de vida de los pacientes con afasia es el lugar hacia donde se deben dirigir los esfuerzos en la creación de nuevas formas de rehabilitación; siendo el incremento en la percepción de la calidad de vida la evaluación final que determine los resultados de la rehabilitación. (Sarno, 1993).

Objetivos e hipótesis

Actualmente, se observan tres problemas en relación con el tratamiento de personas con afasia. En primer lugar, un problema que surge de la rehabilitación de las personas con afasia es el hecho de que su opinión y sus preferencias, hasta donde sabemos, no son tenidas en cuenta sobre el material que se pretende entrenar en cada terapia. El hecho de contemplar la terapia de la afasia como una forma de rehabilitar en exclusiva los dominios del lenguaje (la fluencia, la comprensión auditiva, la repetición, la denominación, la escritura, la lectura y el cálculo) y no como una técnica que permita generar lenguaje funcional atendiendo a sus necesidades, puede influir negativamente sobre su calidad de vida. En segundo lugar, hay numerosas terapias que tratan de rehabilitar los diferentes dominios del lenguaje, sin embargo, no hay ninguna terapia integral que consiga aunar la rehabilitación de todos los dominios afectados. Por último,

considerar la afasia como un trastorno que afecta únicamente al lenguaje supone un error, dado que se pierden de vista aspectos fundamentales a tener en cuenta, como la calidad de vida.

El primer objetivo de la investigación consiste en analizar si existen diferencias en la sensación de salud general en función del grupo de estudio, siendo la hipótesis: existirán diferencias estadísticamente significativas en la salud general entre las personas con afasia y las personas sin afasia.

El segundo objetivo del estudio consiste en analizar si existen diferencias en la calidad y la frecuencia de la comunicación en función del grupo, bajo la hipótesis: existirán diferencias estadísticamente significativas en las variables de calidad y frecuencia de la comunicación entre las personas con afasia y las personas sin afasia.

La frecuencia y la calidad de la comunicación suponen dos variables determinantes para generar un lenguaje funcional que permita a las personas comunicarse con el entorno. El tercer objetivo de la investigación consiste en valorar si la sensación de salud general está relacionada con la frecuencia y la calidad de la comunicación en ambos grupos, siendo la hipótesis: existirá relación estadísticamente significativa entre la salud general y la frecuencia y calidad de la comunicación en las personas con afasia.

La duración de la enfermedad es considerada un factor influyente en la rehabilitación de las personas con afasia, así como en la percepción de la salud general. El cuarto objetivo consiste en valorar si existe relación entre el tiempo de enfermedad y la salud general. La hipótesis es que existirá relación negativa entre la duración de la enfermedad y la sensación de salud general.

El ictus puede no afectar exclusivamente al lenguaje, considerando que muchos pacientes tienen que lidiar con las secuelas físicas y psicológicas derivadas del daño cerebral. El cuarto objetivo consiste en relacionar el tipo de discapacidad (motor o no motor), con la frecuencia y la calidad de la comunicación en las personas con afasia, siendo la hipótesis: existirá relación estadísticamente significativa entre el tipo de discapacidad y la frecuencia y calidad de la comunicación.

Por último, las palabras que se emplean para entrenar en las distintas terapias no suelen ser consensuadas con los pacientes. Al ser escogidas por los terapeutas, podrían no estar atendiendo las necesidades de comunicación funcional de los pacientes. Así, el último objetivo es conocer si la percepción de las necesidades de comunicación de las personas con afasia coincide con la percepción de las personas sin afasia, es decir, valorar si existen consonancias entre las prioridades de comunicación entre cada colectivo de interés. Así las cosas, la hipótesis es: existirán diferencias en el orden de las categorías. El material obtenido de la priorización elaborada por los pacientes y sus familiares se empleará en la intervención terapéutica de las personas afectadas.

Teniendo en consideración las necesidades reales de las personas con afasia, la calidad de vida y la calidad en la capacidad de comunicación, podría suponer una mejor intervención, más ajustada con respecto a los pacientes con afasia. Asimismo, un ajuste favorable a las verdaderas necesidades podría suponer la aplicación de intervenciones más adaptadas y, en consecuencia, una mejora en la calidad de vida.

MÉTODO

Participantes

El estudio consta de dos grupos de participantes: las personas con afasia y las personas sin afasia. Las personas con afasia fueron un total de 11 participantes, de los cuales el 45,45% son mujeres (N=5) y el 54,54% son hombres (N=6). La media de edad de la muestra clínica es 65 años (DT=8,42). El único requisito para participar fue la presencia de la afasia tras un daño cerebral adquirido.

Las personas sin afasia fueron un total de 11 participantes, de los cuales el 54,54% son mujeres (N=6) y el 45,45% son hombres (N=5). La media de edad es 52,45 años (DT=8,66). Los requisitos para participar fueron: no tener afasia, no ser familiar ni cuidador de una persona con afasia y tener más de 35 años.

La muestra clínica se facilitó por Afasia Activa y por Ictus Asociación Madrileña (ICAM); asociaciones formadas por pacientes con afasia y sus familiares y cuidadores.

Por otro lado, el grupo formado por personas sin afasia se obtuvo mediante un muestreo por conveniencia; los cuestionarios se aplicaron al mismo número de participantes que en la muestra clínica y se tuvieron en cuenta los requisitos para participar anteriormente citados. Se informó a los participantes sobre el uso académico para la investigación de la información recogida, así como el carácter voluntario, anónimo y confidencial de los datos obtenidos.

Instrumentos

Datos sociodemográficos: la recogida de datos se realizó en base a la información considerada relevante para el estudio. Las posibilidades de respuesta de cada variable en ambos grupos fueron: edad (respuesta abierta), sexo (hombre, mujer u otro). Las personas con afasia respondieron a dos variables adicionales: duración del trastorno (respuesta abierta), discapacidad ocasionada por el daño cerebral adquirido (sí o no) y, en el caso de responder “sí” en la variable anterior, el tipo de discapacidad (motora o no motora).

The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg & Williams, 1988). Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12) adaptado para población española (Sánchez-López & Dresch, 2008). El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12) es un test de screening comúnmente administrado a adultos que padecen trastornos mentales, además de suponer una medida general del bienestar psiquiátrico. La versión original del cuestionario constaba de 60 ítems (GHQ-60) y, posteriormente, se redujo a 12. El cuestionario consta de 12 ítems, cada uno de ellos evalúa la gravedad de un malestar psicológico presente durante las últimas semanas⁴, siendo 6 de ellos positivos y 6 negativos. Se trata de una escala tipo Likert con cuatro niveles de respuesta de 0 a 3, donde los ítems positivos se puntuaron de 0 (siempre) a 3 (nunca) y los ítems negativos de forma inversa, es decir, de 3 (siempre) a 0 (nunca). Las puntuaciones altas advierten peor sensación de salud general y la puntuación total oscila entre 0 y 36. El GHQ-12 demostró una fiabilidad y validez adecuada en la población española (Sánchez-López & Dresch, 2008). Por tanto, el GHQ-12 puede ser utilizado con eficacia para evaluar el

⁴ La realización del cuestionario tuvo lugar durante el confinamiento del virus COVID-19. De esta forma, se consideró conveniente adaptar el enunciado del cuestionario modificando “*durante las últimas semanas*” a “*durante las últimas semanas previas a la situación de confinamiento*”. Para minimizar la posible interferencia derivada del confinamiento por la pandemia del COVID-19 en los participantes, a la hora de responder a las cuestiones.

bienestar psicológico y detectar problemas psiquiátricos no psicóticos. Además de ello, los resultados obtenidos de la adaptación a la población española confirman que el GHQ-12 funciona adecuadamente como una escala multidimensional que evalúa varios aspectos del malestar psicológico, a pesar de utilizarse común y prioritariamente como una medida de screening único (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2011). La consistencia interna del instrumento en la adaptación española es satisfactoria ($\alpha=0,78$). La consistencia interna calculada para la muestra del estudio es alta ($\alpha=0,94$).

Communicative Activity Log (CAL) (Pulvermüller et al., 2001). Se trata de una escala tipo Likert que permite evaluar la capacidad de la comunicación de un paciente en relación con la vida cotidiana. Consta de 36 ítems organizados en dos subescalas: Calidad de la Comunicación (18 ítems) y Frecuencia de la Comunicación (18 ítems). Ambas subescalas ofrecen seis niveles de respuesta en puntuaciones comprendidas entre 0 y 5 (donde el 0 es nunca y el 5 es extraordinariamente bien/muy frecuentemente). En relación con las subescalas, se presentan en el cuestionario de forma alterna, es decir, el primer ítem de la calidad de la comunicación seguido del primer ítem de la frecuencia de la comunicación y, así, sucesivamente (1A, 1B, 2A, 2B...). En el caso de una persona con afasia, que presente dificultad en la comprensión del lenguaje escrito, puede ser leído transformando “el paciente” por “usted” en cada ítem. De la misma forma, el cuestionario puede ser respondido por un familiar o cuidador calificando el comportamiento comunicativo del paciente. El cuestionario CAL es comúnmente utilizado para evaluar la mejoría de los pacientes tras la aplicación de las terapias destinadas a la rehabilitación del lenguaje. Actualmente, no se ha elaborado una adaptación española del cuestionario CAL, por lo que la traducción de los ítems se realizó por dos personas bilingües para contrastar la exactitud de la versión (Kim et al., 2015). El CAL es un cuestionario indicado para una persona con afasia o para un familiar o cuidador de una persona con afasia, no obstante, también fue realizado por la muestra de personas sin afasia. La consistencia interna del Communicative Activity Log (CAL) es alta ($\alpha=0,98$) (Rofes, Capasso, & Miceli, 2015). La consistencia interna calculada para la muestra del estudio en cada una de las subescalas es satisfactoria, siendo: $\alpha=0,96$ en la subescala de Calidad de la Comunicación y $\alpha=0,89$ en la subescala de Frecuencia de la Comunicación.

Contenido de la comunicación. El proyecto DULCINEA pone el foco de la rehabilitación de la afasia en la valoración personal de aquello que se pretende entrenar; la propuesta de la priorización de las categorías surge de dicho proyecto. Previamente a

la propuesta de investigación, se recopilaron las palabras y frases que los pacientes con afasia, junto con sus familiares y cuidadores, tenían intención de entrenar en la rehabilitación de la afasia. Las frases y palabras recogidas se agruparon en siete categorías, siendo: necesidades fisiológicas (comer, frío), objetos (mesa, zapato), sentimientos/emociones (te quiero, déjame solo), nominativos (madre, nombres propios), preguntas (qué, cómo), aficiones (pasear, cine) y criterios temporales (ya, adiós, hora). A las personas con afasia se les indicó: “Cada persona tiene diferentes prioridades en la rehabilitación del lenguaje. Para mejorar la calidad de vida es fundamental entrenar aquello que sea importante para usted. En la siguiente tabla hay siete opciones de categorías que deben ordenarse del 1 al 7 en función de la importancia que tengan para usted, sin repetir ninguna. Cada una de las 7 categorías de la tabla deberán ser ordenadas de mayor a menor importancia para usted (siendo 1º la categoría más importante y 7º la menos importante)”. A las personas sin afasia se les indicó, bajo el mismo enunciado, una segunda priorización de las categorías, siendo: “¿Cómo cree que ordenaría las categorías una persona con afasia?”. Las personas que elaboran las terapias de rehabilitación del lenguaje son personas sin afasia y resultó interesante comprobar si la ausencia de esta dificultad podría no tener en cuenta la prioridad en el entrenamiento de la persona con afasia. Se consideró relevante para la investigación conocer la percepción de las personas con y sin afasia sobre la importancia de los temas tratados en la rehabilitación del lenguaje.

Procedimiento

Inicialmente, la recogida de información mediante los cuestionarios se planteó de forma presencial y en formato papel. No obstante, debido a la pandemia del COVID-19 y a la consiguiente situación de confinamiento, el cuestionario se trasladó a una encuesta de Google Forms y se aplicó en formato electrónico.

Se crearon dos cuestionarios en Google Forms en los que se plasmaron los instrumentos detallados anteriormente; el primero, para el grupo de personas con afasia⁵

⁵ https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfOLKiDTIr-ABuU_LhMwFTNEaNOdBzcv5-mhVy_WCOGPQHdQw/viewform?usp=sf_link

y, el segundo, para las personas sin afasia⁶. El cuestionario indicado para las personas con afasia se administró mediante un correo electrónico a las asociaciones Afasia Activa e Ictus Asociación Madrileña (ICAM), desde donde se distribuyó a sus usuarios. Se les indicó en qué consistía su participación. Aquellas personas que desearan participar y fuesen personas con afasia o familiares o cuidadores de personas con afasia, podían acceder al link para comenzar el cuestionario. Este formulario online se cerró tras tres semanas de recogida de información. Una vez adquirida la muestra clínica, se procedió a obtener la muestra del grupo de comparación.

El cuestionario indicado para las personas sin afasia, que realizó la muestra no clínica, se dispuso durante una semana y se cerró tras alcanzar el mismo número de participantes que el primer grupo. Se distribuyó utilizando la red social What's App a través de contactos propios.

En ambos cuestionarios, se explicó de forma detallada el tiempo aproximado de aplicación de los cuestionarios (siendo 15 minutos en el primer grupo y 10 en el segundo) y el carácter voluntario, anónimo y confidencial de los datos que se recogían. Específicamente, se hizo referencia al cumplimiento de la protección de datos según La Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD) y el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

De la misma forma, se expresó la posibilidad de abandonar el cuestionario durante la realización, si así lo deseaban. Para favorecer la participación, y como forma de agradecimiento, se ofreció a los participantes de la investigación recibir los resultados una vez haya concluido el Trabajo de Fin de Máster.

Los instrumentos se replicaron en el formato electrónico, siendo el orden de aplicación: los datos sociodemográficos, el Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12), el Communicative Activity Log (CAL) y el contenido de la comunicación. Los participantes de ambos grupos siguieron el mismo orden de aplicación de los instrumentos y realizaron los mismos cuestionarios.

⁶ https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeC34T3EIIWJqEjEyySJmuT5ko-bFQyFZdU0Vu8T-bNqZGsqA/viewform?usp=sf_link

Análisis

Una vez finalizada la recogida de información mediante las encuestas electrónicas, se dispusieron los datos en una hoja de cálculo en Excel. Tras depurar la información recogida, esta se trasladó al programa estadístico SPSS versión 23.0 para Windows 8 donde se realizaron los análisis estadísticos descriptivos e inferenciales.

En relación con los análisis, se utilizaron y analizaron como variables cuantitativas las subescalas del Communicative Activity Log (CAL) (siendo la calidad y la frecuencia de la comunicación) y la salud general (GHQ-12). Los datos sociodemográficos, el contenido de la comunicación y los dos grupos de estudio (personas con afasia y personas sin afasia) se analizaron como variables cualitativas.

Inicialmente, se aplicó la prueba de normalidad de Saphiro-Wilk para pruebas no paramétricas debido a que la muestra total del estudio es menor de 50 ($N=22$). Debido al limitado número de participantes de la muestra a estudiar, se asumió que los datos no se distribuyen normalmente y, por lo tanto, se utilizaron las pruebas no paramétricas convenientes.

Se analizó si existen diferencias significativas en la sensación de salud general (variable dependiente) entre las personas con afasia y las personas sin afasia (variable independiente). Para ello, se utilizó el test no paramétrico U de Mann-Whitney para muestras independientes y el tamaño del efecto de esta prueba se obtuvo al calcular la r de Rosenthal, siendo $r=z/\sqrt{N}$. Para valorar la magnitud del tamaño del efecto se utilizó el criterio de Cohen (1988): $r=.10$ (bajo), $r=.30$ (medio), $r=.50$ (grande) y $r=.70$ (muy grande). Para observar a qué grupo pertenecía la puntuación mayor y a cuál la menor, se calcularon los estadísticos descriptivos convenientes. También, se seleccionó la muestra clínica y se analizó, mediante el test no paramétrico U de Mann-Whitney, si existen diferencias en las variables de calidad y de frecuencia de la comunicación en función de la variable cualitativa tipo de discapacidad.

De la misma forma, se analizó si existen diferencias estadísticamente significativas en las variables de frecuencia y calidad de la comunicación entre las personas con afasia y las personas sin afasia. Por último, se calculó a cuál de los grupos pertenecían las puntuaciones calculando los estadísticos descriptivos de las variables dependientes la calidad y la frecuencia de la comunicación y la variable independiente el grupo. Para valorar si la relación entre las variables dependientes es distinta para las

personas con afasia y las personas sin afasia, se elaboraron análisis de correlación: se analizó la correlación entre las variables de salud general y frecuencia de la comunicación y, una segunda correlación, entre las variables de salud general y la calidad de la comunicación. En ambos casos, se utilizó la correlación RHO de Spearman de forma independiente en función del grupo (personas con afasia y personas sin afasia). Si la $p < .05$ expresa que existe relación significativa entre las variables. Si es así, se toma la magnitud de la correlación (coeficiente de correlación en SPSS) pudiendo ser: Muy baja (0-.20), baja (.20-.40), moderada (.40-.60), más bien alta (.60-.80) y alta o muy alta (.80-1). Por último, se calculó el coeficiente de determinación elevando al cuadrado la magnitud de la correlación (r^2) multiplicándolo por 100, obteniendo el porcentaje de varianza común de las variables. Se utilizó el mismo procedimiento (la correlación RHO de Spearman para muestras no paramétricas) para analizar la relación entre las variables de tiempo de enfermedad y la salud general. Para ello, se seleccionó únicamente la muestra clínica.

Se analizaron los dos grupos de estudio por separado para conocer la categoría más elegida en cada orden de prioridad. Es decir, siendo 1 la categoría más importante y 7 la menos importante, se seleccionó la categoría más escogida en cada uno de los 7 niveles de importancia. Para conocer la categoría más elegida en cada orden, se calculó la moda de cada orden de prioridad en función del grupo. Posteriormente, se valoró si existen diferencias entre lo que las personas con afasia necesitan y lo que las personas sin afasia piensan que necesitan las personas con afasia.

RESULTADOS

Se realizó la prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre grupos con respecto a la salud general. Como refleja la Figura 1, la prueba U de Mann-Whitney mostró diferencias de tamaño muy grande en la variable de salud general entre las personas con afasia y las personas sin afasia ($U=6.00$, $p > .001$, $r = .76$), siendo mayores las puntuaciones de las personas con afasia ($Mdn=25$, $IQR=7$) que las de las personas sin afasia ($Mdn=10$, $IQR=3$). Las puntuaciones altas indican peor sensación de salud general.

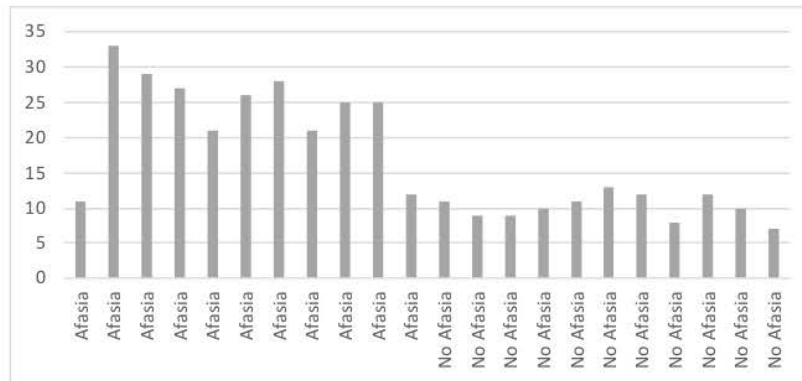


Figura 1.

Diferencias entre grupos con respecto a la salud general.

Se realizó el análisis de diferencias entre grupos para las variables de calidad y frecuencia de la comunicación. El test no paramétrico U de Mann-Whitney mostró diferencias de tamaño grande para la variable de calidad de la comunicación entre las personas con afasia y las personas sin afasia ($U=6.50$, $p>.001$, $r=.75$), siendo mayores las puntuaciones de las personas sin afasia ($Mdn=68.00$, $IQR=4.00$) que las de las personas con afasia ($Mdn=31.00$, $IQR=39$). Asimismo, se mostraron diferencias de tamaño grande para la variable de frecuencia de la comunicación entre las personas con afasia y las personas sin afasia ($U=22.50$, $p=.011$, $r=.53$), siendo mayores las puntuaciones de las personas sin afasia ($Mdn=63.00$, $IQR=9.00$) que las de las personas con afasia ($Mdn=34.00$, $IQR=31$).

La correlación entre las variables de salud general y calidad de la comunicación en el grupo de personas con afasia ($r_s=.36$, $p=.26$, $r_s^2=.12$) no mostró una relación estadísticamente significativa. Al igual que no presenta una relación estadísticamente significativa la correlación entre las variables de salud general y calidad de la comunicación en el grupo de personas sin afasia ($r_s=.10$, $p=.76$, $r_s^2=.01$). De la misma forma, en la correlación entre las variables de salud general y frecuencia de la comunicación en el grupo de personas sin afasia no se halló una relación estadísticamente significativa ($r_s=.41$, $p=.20$, $r_s^2=.16$). No obstante, los resultados mostraron relaciones estadísticamente significativas entre las variables de salud general y la frecuencia de la comunicación ($r_s=.60$, $p<.05$, $r_s^2=.36$) en el grupo de personas con afasia. El coeficiente de determinación indica un 36% de varianza común entre las variables de salud general y frecuencia de la comunicación en el grupo de personas con afasia.

La correlación RHO de Spearman no mostró una relación estadísticamente significativa entre las variables de tiempo de enfermedad y la salud general en la muestra clínica ($r_s=.25$, $p=.44$, $r_s^2=.06$).

Se analizó la correlación entre las variables de calidad de la comunicación y frecuencia de la comunicación en la muestra clínica en función del tipo de discapacidad (motora, no motora). La correlación RHO de Spearman no mostró una relación estadísticamente significativa entre las variables de tipo de discapacidad y la calidad de la comunicación ($r_s=.15$, $p=.66$, $r_s^2=.02$). Tampoco se halló una relación estadísticamente significativa entre las variables de tipo de discapacidad y la frecuencia de la comunicación ($r_s=.14$, $p=.66$, $r_s^2=.01$). No obstante, la correlación RHO de Spearman mostró una relación estadísticamente significativa entre las variables de calidad de la comunicación y la frecuencia de la comunicación ($r_s=.61$, $p=.04$, $r_s^2=.37$). El coeficiente de determinación indica un 37% de varianza común entre las variables de calidad de la comunicación y de frecuencia de la comunicación en la muestra clínica.

En la muestra clínica, se halló la frecuencia absoluta de las categorías de la variable de contenido en función de cada orden de prioridad. Las categorías más seleccionadas en función del orden, siendo la primera la categoría considerada más importante y la última la menos importante, son: los objetos ($f_i=3$), en primer lugar. En segundo lugar, se halló una distribución trimodal en las categorías de objetos, preguntas y aficiones ($f_i=3$). En tercer lugar, las necesidades fisiológicas ($f_i=3$). En cuarto lugar, se halló una distribución bimodal en las categorías de emociones y aficiones ($f_i=3$). En quinto, sexto y séptimo lugar, respectivamente: la categoría nominativa ($f_i=5$), los criterios temporales ($f_i=4$) y los criterios temporales ($f_i=3$). Se llevó a cabo el mismo procedimiento en la muestra de personas sin afasia, siendo la primera categoría considerada la más importante y, la última, la menos importante: las necesidades fisiológicas ($f_i=4$), las emociones o sentimientos ($f_i=3$), las necesidades fisiológicas ($f_i=5$), los objetos ($f_i=4$), las aficiones ($f_i=3$) y, la categoría menos importante, las preguntas ($f_i=5$).

DISCUSIÓN

En el presente trabajo, se ha analizado la sensación de salud general en las personas con afasia y las personas sin afasia, siendo menor en el grupo de personas con

afasia. Asimismo, se han observado los temas que las personas con afasia consideran prioritarios en la rehabilitación del lenguaje, siendo diferentes a los temas que las personas sin afasia consideran que la muestra clínica estaría interesada en entrenar. Al comparar la calidad y la frecuencia de la comunicación en función del grupo de estudio, las personas con afasia han mostrado una menor capacidad en ambas variables. Al observar que la calidad y la frecuencia de la comunicación estaban afectadas en las personas con afasia, se relacionaron únicamente en la muestra clínica, obteniendo resultados significativos. Por último, se ha podido esclarecer la relación de la frecuencia de la comunicación en las personas con afasia con la sensación de salud general.

Un análisis diferencial confirma que las personas con afasia tienden a tener peor sensación de salud general que las personas sin afectación en el lenguaje. Esta diferencia apoya la primera hipótesis del trabajo; las personas que padecen una afectación en la capacidad del lenguaje presentan una disminución en la sensación de salud general y, por lo tanto, en la calidad de vida. Los datos extraídos de la investigación replican los resultados obtenidos del estudio llevado a cabo por Hilari, Needle y Harrison (2012) en el que destacan el profundo impacto negativo de la afasia en la vida diaria de las personas que lo padecen. Siendo la afasia el trastorno que más alteración produce en la calidad de vida al comparar los resultados de otras afecciones como el cáncer y la enfermedad de Alzheimer (Ross & Wertz, 2003). Esta alteración podría deberse a las posibles secuelas físicas y psicológicas derivadas del daño cerebral adquirido (Villodre & Morant, 2010), provocando una disminución en la autonomía física o incluso en la toma de decisiones sobre su propia vida. En último término, las personas afectadas por un ictus, ante la dificultad de realizar las actividades básicas de la vida diaria, necesitan la ayuda constante de familiares, cuidadores y allegados (Hervás, Cabasés, & Forcén, 2007). La magnitud del impacto del ictus es un factor importante en la salud general, en el pronóstico (Moros, Ballero, Jáuregui, & Carroza, 2000) y, consecuentemente, en la afasia, pudiendo determinar la severidad de la alteración en la capacidad del lenguaje y el tipo de afasia (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). En función del tipo de afasia y de la solidez de la rehabilitación del lenguaje, pueden experimentar mejoría. Otras veces, puede haber un estancamiento en el proceso por la cronicidad del no-cambio. Independientemente de la fase del ciclo vital en la que se encuentre la persona tras el ictus, puede tener que elaborar el duelo por el ámbito laboral y el cambio en la cotidianidad en los ámbitos familiar y

social, sumado a la imposibilidad de expresión del dolor, altera inevitablemente la sensación de salud general. Como consecuencia del ictus, es común la alteración del estado anímico y la ansiedad, pudiendo ocasionar inquietud, desactivación y tensión muscular (Mimentza & Quemada, 2017), siendo la depresión una de las variables más afectadas en la afasia, apareciendo frecuentemente en los pacientes ante las dificultades comunicativas (Camoës-Barbosa et al., 2012; Vendrell, 2001). De hecho, el estudio llevado a cabo por Carod-Artal (2006) afirma que la depresión es la alteración afectiva más común tras padecer un ictus y cursa con síntomas somáticos, afectivos y cognitivos, entre ellos: la fatiga, la anhedonia, los trastornos del sueño (Ferre et al., 2013), la culpa, la desconcentración o el aislamiento social. La depresión tras el ictus se puede presentar en la fase aguda o en la crónica, en consonancia con la ausencia de diferencias encontradas en el presente trabajo en el nivel de salud general en función del tiempo de enfermedad. Al no asociarse a la duración de la enfermedad, el autor del estudio propuso dos hipótesis que tratan de explicar el origen de la depresión: la depresión como reacción psicológica ante la imposibilidad de enfrentarse a las nuevas limitaciones y la depresión biológica que surge como consecuencia de la desregulación neuronal provocada por el ictus. Todo ello, podría afectar a la sensación de salud general de las personas con afasia.

Un análisis correlacional ha mostrado que la salud general y la frecuencia de la comunicación están relacionadas en las personas con afasia. Quiere decir que la sensación de salud afecta a la expresión. Puede ser que la sintomatología anímica-depresiva expuesta anteriormente provoque que la persona con afasia no tenga ganas de expresar y, por lo tanto, hable menos. Las dos principales variables que podrían estar influyendo en la disminución de la frecuencia de la comunicación coinciden con las variables consideradas fundamentalmente afectadas en las personas con afasia: la depresión y el aislamiento social. (A. Ardila, 2005) definió el aislamiento social como la sensación de soledad generada por el entorno, derivado de la incomodidad expresada por el ámbito social, que se encuentra íntimamente relacionada con la discapacidad mental o física de la persona aislada. Esta definición concuerda con el estudio realizado por la Asociación Nacional de Afasia (NAA) (1988) que determinó que las personas con afasia tienen la sensación de que las personas de su entorno les evitan debido a sus dificultades comunicativas. Si el entorno evita a las personas con afasia, vivirán aislados socialmente. Si las dificultades en la expresión les retraen más de un entorno evitativo, se aislarán, no

fomentarán el desarrollo cognitivo y surgirá la sintomatología depresiva, sumiéndose poco a poco en un bucle de ausencia de interacción y de soledad. El aislamiento social provoca el aislamiento comunicativo de la persona con afasia, imposibilitando que aumente la emisión del lenguaje (Albillo, 2007).

Al analizar las posibles diferencias en la calidad de la comunicación entre las personas con afasia y sin afasia y repetir el mismo procedimiento con la frecuencia de la comunicación, los resultados apoyan las hipótesis que plantean que la calidad y la frecuencia de la comunicación se encuentran afectadas en las personas con afasia. Puede resultar evidente el hecho de que las personas con una alteración en la capacidad del lenguaje muestren peores resultados en la calidad de la comunicación, pero la frecuencia de la comunicación podría depender de otros factores. El resultado de la relación entre las variables que arroja la investigación es: la calidad y la frecuencia de la comunicación se afectan en parte, mutuamente. Es decir, si una persona tiene dificultades a la hora de expresar aquello que le gustaría expresar, atendiendo a la baja calidad de la comunicación, y presenta baja frecuencia de la comunicación, puede que no tenga ganas de expresar y, por consiguiente, hable menos. Si la calidad de la comunicación está alterada, puede que no se sienta comprendido y prefiera no expresar. Otros factores que pueden estar influyendo en que la persona no exprese el lenguaje adecuadamente pueden ser: el tipo de afasia (Parra, Benjumea, & Gallego, 2017), dado que las afectaciones a nivel neurofisiológico y neuropsicológico admiten variaciones en los dominios del lenguaje preservados; el nivel de terapia y el tipo de rehabilitación que haya recibido, así como la ausencia de tratamiento de elección para el tipo de afasia que podría haber provocado la inconveniencia en la rehabilitación seleccionada (López-Romero et al., 2019); o la inadecuación en el entrenamiento de las frases o palabras que a la persona le gustaría poder expresar. También puede influir en la calidad de la comunicación la depresión, siendo una de las variables más afectadas en las personas con afasia. De hecho, el ictus, al afectar al Sistema Nervioso Central, puede afectar a la estructura del sueño, alterándolo, generando fatiga, desgana y apatía (Ferre et al., 2013). Los factores que pueden influir en que la persona exprese menos de lo que quiere expresar, lo cual indica una baja frecuencia de la comunicación, pueden ser: la disminución de las habilidades motoras que le permitan vocalizar o la incapacidad de realizar actividades de forma autónoma; la disminución del apoyo familiar y social recibido desde la fase aguda que se acrecienta en

la evolución de la enfermedad. El entorno en el que se desarrolla la persona tras el ictus puede ser un factor determinante: si el entorno se preocupa únicamente por cubrir sus necesidades básicas (higiene personal, comida...) y no por fomentar las habilidades comunicativas. El aislamiento social podría provocar el aumento del deterioro cognitivo (Molina & Muñoz, 2015). Esta afirmación surge de un estudio (Ybarra et al., 2008) el cual demostró que se obtienen beneficios psicológicos de la interacción social, fomentando las habilidades de las funciones ejecutivas. Dichas habilidades, permiten que la persona se desenvuelva en actividades básicas de la vida diaria, fomente la resolución de problemas y suscite el desarrollo cognitivo. La implicación en el ámbito social podría fomentar la comunicación funcional de la persona con afasia, pudiendo tratarse de un hecho necesario para la mejoría de los pacientes. Todo ello podría estar afectando a que la persona no exprese aquello que quiere expresar y cuando lo quiere expresar.

Las personas sin afasia son las encargadas de crear, determinar e implantar la terapia del lenguaje y, de la misma forma, establecer la temática que consideran conveniente en relación con las palabras y las frases que se entrenan. Hasta donde sabemos, las terapias del lenguaje, frecuentemente, no tienen en cuenta las prioridades en el entrenamiento de la persona con afasia. Es decir, en la terapia del lenguaje no suele ser habitual una intervención individualizada, adaptada a las necesidades de los pacientes, sino una intervención generalizada que intenta entrenar aquello que se considera que les gustaría entrenar y no lo realmente quieren entrenar. En el presente trabajo, se ha considerado importante preguntar a las personas con afasia "*¿qué categorías de palabras y frases serían más importantes para usted entrenar?*" y, a las personas sin afasia, "*¿qué categorías de palabras y frases considera que serían más importantes entrenar para una persona con afasia?*". Los resultados obtenidos reflejan la discordancia entre las prioridades de las personas con afasia y las prioridades que las personas sin afasia piensan que podrían tener las personas con afasia. Es decir, aquello que consideramos que pueden necesitar, puede que no sea lo que realmente ellos necesitan. Komrad (2002) propone mantener cierto grado de paternalismo en las intervenciones con pacientes que ven mermada su capacidad de autonomía, implantando modelos de intervención que se consideran adecuados para ellos con una temática general. Cuanto mayor es la afectación, mayor es la directividad de la intervención y el paternalismo. Si el paciente no puede tomar decisiones sobre la terapia, es decir, no puede expresar aquello que le gustaría

entrenar en la rehabilitación, se propone trabajar junto con los familiares y cuidadores para dar voz a sus necesidades. Las personas cercanas al paciente conocen sus intereses e inquietudes y podrían orientar y adaptar el contenido de la terapia de rehabilitación hacia el lenguaje funcional que los pacientes desean de forma individual. Es interesante observar en los resultados obtenidos que las personas que no tienen familiares con afasia cerca de ellos no coinciden en el orden de las prioridades que consideran que necesita una persona con afasia. Por último, Ardila (2010) determinó que las prioridades que presentan los pacientes con afasia, así como la elección de las técnicas y el nivel de rehabilitación que debería ser aplicado, sólo puede ser establecido por una investigación exhaustiva que, hasta donde sabemos, no tiene en cuenta en el material que se pretende entrenar, ni su opinión, ni sus preferencias. Mediante el presente trabajo, se ha querido contribuir a la investigación exhaustiva aportando un avance preliminar en el reconocimiento de las necesidades en el entrenamiento de los pacientes.

Se podría argumentar que una de las principales limitaciones del estudio es el momento en el que se realizó la recogida de la información y el corto periodo de tiempo que estuvo disponible el cuestionario (comenzó el 6 de abril y se cerró el 27 de abril). Las variables están sometidas a interferencias debido a la crisis sanitaria y cambio de normalidad que ha implicado la pandemia del COVID-19 para la población española. Sin embargo, se trató de minimizar el impacto de la interferencia introduciendo en las instrucciones el requisito de responder a las cuestiones pensando en los momentos previos a la situación de confinamiento. En segundo lugar, el número de participantes del estudio supone una limitación. Por eso, se asumió que la distribución de la muestra no era normal, no permitiendo extrapolar los resultados a la población (Lemeshow, Hosmer, Klar & Lwanga, 1990). Asimismo, la obtención de resultados no significativos podría deberse al limitado número de personas que conforman la muestra. No obstante, el objetivo del estudio se trataba de describir la muestra clínica y valorar las posibles diferencias y relaciones a partir de los sujetos disponibles (Morales, 2012). Al inicio de la realización del presente trabajo, debido a las dificultades comunicativas de la muestra clínica, se consideró preferible la elaboración presencial de los cuestionarios. La recogida de información se trasladó al formato electrónico, lo que pudo influir en el número limitado de participantes debido a: la dificultad en la comprensión y el nivel de familiarización con las nuevas tecnologías para acceder al cuestionario. Esta limitación se trató de

solventar mediante el cambio de formato y explicitando la posibilidad de realizar los cuestionarios junto con los familiares y cuidadores de la muestra clínica pensando en la respuesta que daría la persona con afasia. Al realizarlo de forma conjunta, posibilitó la comprensión de las preguntas y permitió que las respuestas se diesen desde la subjetividad del paciente. El *Communicative Activity Log (CAL)* es un cuestionario para el que, actualmente, no se ha elaborado una adaptación española. Esta limitación se trató de resolver contrastando la exactitud de los ítems al traducirlo de inglés a español y de español a inglés por dos personas bilingües (Kim et al., 2015). Las dificultades comunicativas de las personas con afasia varían en función del tipo de afasia. Las diferencias entre los tipos de afasia se habrían tenido en consideración si el tamaño de la muestra hubiese sido mayor, no obstante, se decidió hablar de los factores comunes de las personas con afasia, siendo: el aislamiento social, la disminución de calidad de vida, la sintomatología depresiva o la disminución de la frecuencia y la calidad de la comunicación.

Así las cosas, la propuesta de investigación de cara a futuros estudios es la posibilidad de orientar las terapias de rehabilitación de la afasia hacia la generación de tratamientos de elección basados en la calidad de vida de los pacientes y no exclusivamente en los resultados obtenidos. Para ello, sería necesario adaptar las terapias del lenguaje a las prioridades reales de las personas con afasia con el objetivo de producir un lenguaje funcional para cada paciente. Es decir, sería conveniente generar un tratamiento de elección lo suficientemente versátil para introducir el contenido prioritario a entrenar de cada paciente. Adaptar las terapias del lenguaje a cada persona es una habilidad terapéutica y podría arrojar mejores resultados que tratar de adaptar al paciente a la terapia. Este tratamiento podría involucrar a los cuidadores y los familiares de las personas afectadas favoreciendo su implicación; evitando el aislamiento comunicativo del paciente y pudiendo prevenir la sintomatología depresiva ante la presencia de apoyo social. Por último, sería fundamental poner el foco de la investigación actual en el estudio del ictus en las personas con afasia para promover la salud y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

A modo de conclusión, los autores Benson y Ardila (1996, p. 27) afirmaron: “La afasia nunca debe considerarse como un trastorno que afecta exclusivamente al lenguaje” (Villodre & Morant, 2010). La afasia supone una alteración en todas las áreas de la persona que lo padece, las cuales, no deben perderse de vista en la intervención terapéutica. Entre ellas, la calidad de vida. Es destacable la necesidad de un tratamiento de elección que ponga el foco en la calidad de vida de los pacientes, donde tenga lugar la capacidad de decisión de las personas con afasia o de sus cuidadores. Los profesionales de la salud sólo pueden teorizar acerca de las necesidades de las personas con afasia. Son sus familiares y cuidadores las personas que permiten que se establezcan unos objetivos que den respuesta a aquello que necesitan y así, conjuntamente, generen una nueva comprensión del mundo. La desestigmatización social de las personas con alteraciones físicas o psicológicas permitirá que la sociedad se pare a escuchar lo que un paciente necesita. Tras la realización del presente trabajo refuerzo la importancia dar voz a aquellas personas que, por sus circunstancias, no pueden expresar lo que quieren expresar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert, M. L., Sparks, R. W. &, & Helm, N. A. (1973). Melodic Intonation Therapy for Aphasia. *Archives of Neurology*, 29(2), 130–131.
- Albillo, M. (2007). Hemiplejía, afasia, neuroplasticidad y arteterapia. *Arteterapia*, 2, 157–168.
- Ardila, A. (2005). Las afasias. In *Universidad de Guadalajara*.
- Ardila, A. (2010). A proposed reinterpretation and reclassification of aphasic syndromes. *Aphasiology*, 24(3), 363–394.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161–164.
- Arias, Á. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica*, 70(3), 25–40.
- Benson, D. F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: A clinical perspective*. Oxford University Press on Demand.
- Berthier, M. (2005). Poststroke aphasia: Epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs and Aging*, 22(2), 163–182.
- Berthier, M. L., García-Casares, N., & Dávila, G. (2011). Afasias y trastornos del habla.

- Medicine*, 10(74), 5035–5041.
- Butman, J., Allegri, R. F., Harris, P., & Drake, M. (2000). Fluencia verbal en español. Datos normativos en Argentina. *Medicina*, 60(5), 561–564.
- Camoës-Barbosa, A., Sequeira-Medeiros, L., Duarte, N., Morais, J., Mendes, M., & Meneses, C. (2012). Afasia y depresión post-ictus: una relación predictiva. *Rehabilitación*, 46(1), 36–40.
- Carod-Artal, F. J. (2006). Depresión postictus (I). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. *Revista de Neurología*, 42(3), 169–175.
- Chávez, A. V. (2003). Afasias y accidentes vasculares cerebrales frecuencia y tipos clínicos. *Revista de Psicología*, 5(1), 56–62.
- Córdoba, P., Coto, R., & Ramírez, M. (2005). La comprensión auditiva: definición, importancia, características, procesos, materiales y actividades. *Actualidades Investigativas En Educación*, 5(1), 1–17.
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17(4), 333–353.
- Dronkers, N. F., Wilkins, D. P., Van Valin, R. D., Redfern, B. B., & Jaeger, J. J. (2004). Lesion analysis of the brain areas involved in language comprehension. *Cognition*, 92(1–2), 145–177.
- Ferre, A., Ribó, M., Rodríguez-Luna, D., Romero, O., Sampol, G., Molina, C. A., & Álvarez-Sabin, J. (2013). Los ictus y su relación con el sueño y los trastornos del sueño. *Neurología*, 28(2), 103–118.
- Fink, R., Schwartz, M., Rochon, E., Myers, J., Socolof, G. S., & Bluestone, R. (1995). Syntax Stimulation Revisited: An Analysis of Generalization of Treatment Effects. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 4(4), 99–104.
- Franco, O. H., Kirkwood, T. B. L., Powell, J. R., Catt, M., Goodwin, J., Ordovas, J. M., & van der ouderaa, F. Van. (2007). Ten commandments for the future of ageing research in the UK: a vision for action. *BMC Geriatrics*, 7(1), 1–7.
- Fuentes, B., Fuente-Gómez, L., de la, Sempere-Iborra, C., Alonso, M., Celis-Ruiz, E., de, Gutiérrez-Zúñiga, R., López-Tàpper, J., Martín, M., Pastor-Yborra, S., Rigual, R., Ruiz-Ares, G., Rodríguez-Pardo, J., Blanco, P., & Bueno-Guerra, N. (enviado). DUBbing Language-therapy CINema-based in Aphasia post-Stroke (DULCINEA). A feasibility cross-over pilot-trial.
- González, R., & Hornauer-Hughes, A. (2014a). Afasia: una perspectiva clínica. *Revista*

- Del Hospital Clínico de La Universidad de Chile*, 25, 291–308.
- González, R., & Hornauer-Hughes, A. (2014b). Cerebro y lenguaje. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25, 143–153.
- Greener, J., Enderby, P., & Whurr, R. (1999). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 1–77.
- Hamilton, R. H., Sanders, L., Benson, J., Faseyitan, O., Norise, C., Naeser, M., ... Coslett, H. B. (2010). Stimulating conversation: Enhancement of elicited propositional speech in a patient with chronic non-fluent aphasia following transcranial magnetic stimulation. *Brain and Language*, 113(1), 45–50.
- Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L. (2005). *Neuropatología de la afasia. Manual de la afasia y de terapia de la afasia*, 19-34. Editorial Médica Panamericana.
- Helm-Estabrooks, N., Fitzpatrick, P. M., & Barresi, B. (1981). Response of an agrammatic patient to a Syntax Stimulation Program for Aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46(4), 422–427.
- Hervás, A., Cabasés, J., & Forcén, T. (2007). Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. *Gaceta Sanitaria*, 21(6), 444–451.
- Hilari, K., Needle, J. J., & Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), 86–95.
- Jiménez, M. del P. (2011). “LA AFASIA (I): Clasificación y descripción.” *Innovación y Experiencias Educativas*, 48, 1–19.
- Kaplan, E. F., Goodglass, H., & Weintraub, S. (1983). *The Boston Naming Test* (2nd ed.). Filadelfia, Estados Unidos: Lea & Febiger.
- Kim, D. Y., Pyun, S.-B., Kim, E. J., Ryu, B. J., Choi, T. W., & Pulvermüller, F. (2015). Aphasiology Reliability and validity of the Korean version of the Communicative Activity Log (CAL). *Aphasiology*, 30(1), 96–105.
- Komrad, M. S. (2002). En defensa del paternalismo médico: potenciar al máximo la autonomía de los pacientes. *Ars Médica. Revista de Humanidades*, 1, 151–165.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K., & World Health Organization. (1990). Sample size of case-control studies. En *Adequacy of sample size in health studies* (pp. 16-19). Chichester: Wiley.
- León, M., Rodríguez, M. L., Sanjuán, L., Benito-León, J., García-Albea, E., & Arce, S. (2018). Evidencias actuales sobre la estimulación magnética transcraneal y su

utilidad potencial en la neurorehabilitación postictus: Ampliando horizontes en el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular. *Neurología*, 33(7), 459–472.

Ley N° 3. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado. Madrid, España, 5 de diciembre de 2018.

Ley N° 679. Reglamento General de Protección de Datos. Diario oficial de la Unión Europea. Bruselas, Bélgica, 4 de mayo de 2016.

Lieberman, A. M., Cooper, F. S., Shankweiler, D. P., & Studdert-Kennedy, M. (1967). Perception of the speech code. *Psychological Review*, 74(6), 431–461.

López-Romero, L. A., Riaño-Carreño, D. M., Pachón-Poveda, M. Y., Mendoza-Sánchez, J. A., León-Vargas, Y. K., Moreno-Pabón, A., Trillos-Leal, R., García-Gómez, R. G., Rueda-Guzman, L. C., Silva, F., (2019). Eficacia y seguridad de la estimulación magnética transcraneal en pacientes con afasia no fluente, posterior a ictus isquémico. Ensayo clínico controlado, aleatorizado y doble ciego. *Revista de Neurología*, 68(6), 241-249.

Martin, P. I., Naeser, M. A., Theoret, H., Tormos, J. M., Nicholas, M., Kurland, J., Pascual-Leone, A. (2004). Transcranial Magnetic Stimulation as a Complementary Treatment for Aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 25(2), 181–191.

Mimentza, N., & Quemada, J. I. (2017). Alteraciones psicopatológicas tras el ictus. *Informaciones Psiquiátricas*, 229, 27–40.

Molina, P., & Muñoz, D. (2015). Diagnóstico diferencial: deterioro de la interacción social y aislamiento social. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 7, 1-54.

Monsegny, A. M. C., Echeverri, C. C., - Arias, N. P. R. (1995). Validación de los subtests de comprensión auditiva y denominación del test de Boston para el diagnóstico de la afasia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 43(2), 71-77.

Morales, P. (2012). Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? *Estadística Aplicada*, 24(1), 22–39.

Moros, J. S., Ballero, F., Jáuregui, S., & Carroza, M. P. (2000). Rehabilitación en el ictus. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(3), 173–180.

Murray, L. L., & Ray, A. H. (2001). A comparison of relaxation training and syntax stimulation for chronic nonfluent aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 34(1), 87–113.

Naeser, M. A., Martin, P. I., Ho, M., Treglia, E., Kaplan, E., Bashir, S., & Pascual-Leone,

- A. (2012). Transcranial Magnetic Stimulation and Aphasia Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), 26–34.
- National Aphasia Association. (1988). Impact of aphasia on patients and families: Results of a needs survey. *Unpublished report*.
<https://www.cs.ubc.ca/~meghana/AB/NAA%20Impact%20of%20Aphasia.htm>
- Parra, N., Benjumea, J. S., & Gallego, S. Y. (2017). Características neuropsicológicas y neurofisiológicas de los distintos tipos de Afasias. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(2), 38–42.
- Pulvermüller, F., Neining, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., & Taub, E. (2001). Constraint-Induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke*, 32(7), 1621–1626.
- Quezada, M. Y., Huete, A., & Bascones, L. M. (2017). Las personas con Daño Cerebral Adquirido en España (1–71).
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125–139.
- Rofes, A., Capasso, R., & Miceli, G. (2015). Verb production tasks in the measurement of communicative abilities in aphasia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37(5), 483–502.
- Ross, K. B., & Wertz, R. T. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 355–364.
- Sánchez-López, M. D. P., & Dresch, V. (2008). The 12-item general health questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839–843.
- Sánchez, N. (2006). Estudio de la agrafia. Clasificación de las alteraciones de la escritura y su rehabilitación. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 51(1), 38–43.
- Sarno, M. T. (1993). Aphasia rehabilitation: Psychosocial and ethical considerations. *Aphasiology*, 7(4), 321–334.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX*, 9(2), 9–21.
- Sparks, R., Helm, N., & Albert, M. (1974). Aphasia Rehabilitation Resulting from Melodic Intonation Therapy. *Cortex*, 10(4), 303–316.
- Szaflarski, J. P., Vannest, J., Wu, S. W., Difrancesco, M. W., Banks, C., & Gilbert, D. L.

- (2011). Excitatory repetitive transcranial magnetic stimulation induces improvements in chronic post-stroke aphasia. *Medical Science Monitor*, *17*(3), 132–139.
- Vendrell, J. M. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revista de Neurología*, *32*(10), 980–986.
- Vigotsky, L. S. (1988). Interacción entre enseñanza Y desarrollo. *Selección de Lecturas de Psicología de Las Edades I*, *3*, 1–13.
- Villodre, R., & Morant, A. (2010). Intervención multidisciplinar en afasias. *Instituto de Neuro-Rehabilitación y Afasia*, *1*, 192–206.
- Worrall, L. E., & Holland, A. L. (2003). Editorial: Quality of life in aphasia. *Aphasiology*, *17*(4), 329–332.
- Ybarra, O., Burnstein, E., Winkielman, P., Keller, M. C., Manis, M., Chan, E., & Rodriguez, J. (2008). Mental exercising through simple socializing: Social interaction promotes general cognitive functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *34*(2), 248–259.

ANEXO

Communicative Activity Log (CAL) after Pulvermüller, Neining, Elbert, Mohr, Rockstroh, Koebbel, & Taub (2001)

El CAL se administra con el fin de obtener información sobre la comunicación en el día a día. El cuestionario puede ser leído a los pacientes, puede ser respondido por ellos mismos, o bien, puede ser respondido por los familiares o cuidadores pensando en lo que respondería el paciente.

Calidad de la comunicación:

CADA PREGUNTA DEBERÁ SER RESPONDIDA CON UNA PUNTUACIÓN ENTRE EL 0 Y EL 5, SIENDO:

- **Nunca (0)**
- **Con mucha dificultad (1)**
- **Con menor dificultad (2)**
- **Bien, a un nivel básico (3)**
- **Moderadamente bien (4)**
- **Extraordinariamente bien (5)**

1. ¿Cómo de bien se comunica con un amigo?
2. ¿Cómo de bien se comunica con su grupo de amigos?
3. ¿Cómo de bien se comunica con una persona extranjera?
4. ¿Cómo de bien se comunica en un grupo con personas conocidas?
5. ¿Cómo de bien se comunica en una oficina, tienda o institución pública? (por ejemplo, oficina de correos, un banco, en un supermercado...)
6. ¿Cómo de bien se comunica por teléfono?
7. ¿Cómo de bien comprende las noticias en la televisión o en la radio?
8. ¿Cómo de bien comprende el contenido de un artículo periodístico?
9. ¿Cómo de bien sería capaz de escribir notas cortas?
10. ¿Cómo de bien resolvería problemas matemáticos simples?
11. ¿Cómo de bien se comunica en situaciones de estrés?
12. ¿Cómo de bien se comunica en una situación tranquila?
13. ¿Cómo de bien se comunica cuando está cansado?
14. ¿Cómo de bien elaboraría una declaración o un informe sobre un acontecimiento?
15. ¿Cómo de bien realizaría una pregunta?
16. ¿Cómo de bien respondería a una pregunta?
17. ¿Cómo de bien expresaría una crítica o una queja?
18. ¿Cómo de bien respondería verbalmente a una crítica o queja?

Frecuencia de comunicación

CADA PREGUNTA DEBERÁ SER RESPONDIDA CON UNA PUNTUACIÓN ENTRE EL 0 Y EL 5, SIENDO:

- **Nunca (0)**
- **Casi nunca (1)**
- **Raramente (2)**
- **A veces (3)**
- **Frecuentemente (4)**
- **Muy frecuentemente (5)**

19. ¿Con qué frecuencia se comunica con un amigo?
20. ¿Con qué frecuencia se comunica estando en un grupo de amigos?
21. ¿Con qué frecuencia se comunica con un extranjero?
22. ¿Con qué frecuencia se comunica con un grupo de personas a las cuales no conoce?
23. ¿Con qué frecuencia se comunica en una oficina, tienda o institución pública? (por ejemplo, oficina de correos, un banco, en un supermercado...)
24. ¿Con qué frecuencia usa el móvil?
25. ¿Con qué frecuencia escucha las noticias en la radio o la televisión?
26. ¿Con qué frecuencia lee el periódico?
27. ¿Con qué frecuencia escribe notas cortas?
28. ¿Con qué frecuencia resuelve problemas matemáticos?
29. ¿Con qué frecuencia se comunica en situaciones de estrés?
30. ¿Con qué frecuencia se comunica cuando está tranquilo, sin estrés?
31. ¿Con qué frecuencia comunica que está cansado?
32. ¿Con qué frecuencia elabora una declaración o un informe sobre un acontecimiento?
33. ¿Con qué frecuencia hace una pregunta?
34. ¿Con qué frecuencia responde a las preguntas que le hacen?
35. ¿Con qué frecuencia verbaliza críticas o quejas?
36. ¿Con qué frecuencia responde a críticas?