



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**Impacto de la afasia post-ictus en el estado anímico
y percepción de calidad de vida y salud. Estudio caso
control y resultados preliminares del ensayo clínico
basado en el doblaje**

Autor/a: Marta Provencio Martín

Director/a: Dra. Nereida Bueno Guerra

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales,
Universidad Pontificia Comillas

Madrid

2021/2022

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores Dr. Nereida Bueno y Jose Ángel por el tiempo dedicado y los conocimientos brindados durante todo este proceso. También a Dr. Blanca Fuentes quien con sus conocimientos también ha sido una guía durante las diferentes etapas de este proyecto.

También quiero agradecer a La Caixa Health Research HR18/0026 por brindar todos los recursos para hacer posible el proyecto DULCINEA, y a todos sus participantes ya que sin ellos no podría haberse llevado a cabo.

Muchas gracias a todos.

Resumen: El presente trabajo tuvo como primer objetivo analizar la variación interindividual de los sujetos participantes del ensayo clínico de la intervención basada en el doblaje (N=11) en las variables depresión, percepción de salud, calidad de vida y de comunicación y como segundo comparar estos resultados con los obtenidos en una población sana (N=73) tanto en el momento inicial como tras haber recibido la terapia. Para medir las habilidades comunicativas de la población clínica se emplearon los cuestionarios Communicative Activity Log (CAL), la batería de Afasia Western Revisada (WAB-R) y el test de Boston (BDAE), para la sintomatología depresiva se empleó el Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ-10), para evaluar la percepción de salud se utilizó el General Health Questionnaire (GHQ-12) y finalmente, para medir la calidad de vida se empleó el Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39). Los cuestionarios CAL, SADQ-10, GHQ-12 Y SAQOL-39 fueron aplicado a la muestra de población general. Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la calidad de vida(basal-3 meses: $\chi^2=6,87$, $p=0,032$, $W=0,57$, 3 meses-6 meses: $\chi^2=6,42$, $p=0,040$, $W=0,64$) y las habilidades comunicativas (SAQOL-39 Comunicación: basal-3 meses: $\chi^2=6,10$, $p=0,047$, $W=0,51$, 3 meses-6 meses: $\chi^2=8,32$, $p=0,016$, $W=0,83$; WAB-R coeficiente de afasia grupo basal-3 meses: $\chi^2=7,00$, $p=0,030$, $W=0,58$; WAB-R denominación grupo 3-6 meses: $\chi^2=7,60$, $p=0,022$, $W=0,76$), además la tendencia a la mejora de los resultados de otras variables como la percepción de salud y la sintomatología depresiva. En conclusión la intervención basada en el doblaje parece reportar resultados exitosos en una pequeña muestra observando tendencia a mejorar el estado anímico y percepción de calidad de vida y salud

Palabras clave: afasia, rehabilitación, doblaje, depresión, salud, calidad de vida, comunicación.

Abstract: The first aim of the present paper was to analyse the interindividual variation of the subjects participating in the clinical trial of the Dubbing-based intervention (N=11) in the variables depression, health perception, quality of life and communication, and to compare these results with those obtained in a healthy population (N=73) both at baseline and after having received the Dubbing-based intervention. The Communicative Activity Log (CAL), the Western Aphasia Battery Revised (WAB-R) and the Boston test (BDAE) were used to measure communication skills in the clinical population, the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ-10) was used for depressive symptomatology, the General Health Questionnaire (GHQ-12) was used to assess health perception, and finally, the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) was used to measure quality of life. CAL,

SADQ-10, GHQ-12 and SAQOL-39 questionnaires were applied to the general population sample too. The results showed statistically significant differences in the perception of quality of life (baseline-3 months: $\chi^2=6.87$, $p= 0.032$, $W=0.57$, 3 months-6 months: $\chi^2=6.42$, $p= 0.040$, $W=0.64$) and communication skills (SAQOL-39 Communication: baseline-3 months: $\chi^2=6.10$, $p= 0.047$, $W=0.51$, 3 months-6 months: $\chi^2=8.32$, $p= 0.016$, $W=0.83$; WAB-R aphasia coefficient baseline-3 months group: $\chi^2= 7.00$, $p= 0.030$, $W=0.58$; WAB-R naming group 3-6 months: $\chi^2= 7.60$, $p= 0.022$, $W=0.76$), in addition to the trend towards improved scores on other variables such as health perception and depressive symptomatology. In conclusion, the intervention based on dubbing seems to report successful results in a small sample observing a tendency to improve mood and perception of quality of life and health.

Keywords: aphasia, rehabilitation, dubbing, depression, health, quality of life, communication.

ÍNDICE

<i>Agradecimientos</i>	1
Introducción.....	5
a. Daño Cerebral adquirido	5
b. Secuelas del DCA en la comunicación	6
c. Secuelas de la afasia	9
d. Terapias de rehabilitación del habla	11
Método	15
Resultados	21
Discusión.....	35
Conclusión.....	42
Bibliografía.....	43
Anexo 1	53
Anexo 2.....	61
Anexo 3.....	64
Anexo 4.....	65

INTRODUCCIÓN

Según la Global Burden of Disease (GBD) se ha producido un aumento de la esperanza de vida y con ello un envejecimiento de la población europea entre 1990 hasta 2016, lo que ha supuesto un incremento de la población mundial (James et al., 2018). Este suceso demográfico pone en relieve que, a pesar de este aumento de la supervivencia en diferentes afecciones, también se han producido pérdidas en la salud de la población, como se refleja en el aumento de la discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2020). Este hecho ha supuesto un incremento de la demanda de los servicios asistenciales tanto sanitarios como sociales para hacer frente a las secuelas y mejorar la calidad de vida, lo que hace que se requiera de una mayor inversión en esta área y la necesidad de desarrollar planes de intervención eficaces para no aumentar dichos costes (James et al., 2018; Stevens et al., 2017; Wafa et al., 2020). Algunas de las principales causas de discapacidad tanto a nivel mundial, como en España en particular, son el daño cerebral adquirido (DCA) (ictus, traumatismos craneoencefálicos (TCE)) y otras afecciones neurológicas, como la demencia (James et al., 2018; Quezada et al., 2017; Organización Mundial de la Salud, 2020; Wafa et al., 2020).

a. DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

El DCA se produce tras una lesión cerebral repentina (traumática -ej., TCE- o no traumática -ej., ictus), que provoca secuelas en diferentes áreas funcionales. La principal causa de DCA son los ictus, representando aproximadamente el 78% de los casos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Se conoce como ictus al trastorno repentino del flujo sanguíneo en el cerebro, produciendo una alteración transitoria o permanente de algunas de las funciones de un área cerebral concreta. A esta causa le siguen los TCE, anoxias, tumores cerebrales y otras causas (encefalitis, meningitis bacteriana...), constituyendo el 22% de los casos restantes (FEDACE, 2019; Quezada, 2020; Quezada, Huete y Bascones, 2017).

En 2015, la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) indicó que 420.000 personas vivían con DCA, y se estimó que cada año se producían 104.701 nuevos casos, siendo la mayoría de estos producidos por ictus (FEDACE, 2019). Según el estudio IBERICTUS se han reportado 187,4 casos de ictus por 100.000 habitantes en nuestro país hasta el 2009 (Díaz Guzmán et al., 2009), produciéndose en 2020 125.000 altas por enfermedades cerebrovasculares (Instituto Nacional de Estadística, 2021). De los supervivientes de ictus, entre el 40-45% presentarán secuelas importantes e incluso discapacidades graves

que supondrán una limitación en las actividades de la vida diaria tanto para ellos mismos como para su entorno (Ministerio de Sanidad y política Social, 2009; Stevens et al., 2017; Villodre y Morant, 2010).

El 89% de casos con DCA desarrollan secuelas graves que van a suponer una dificultad a la hora de llevar a cabo las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD) (FEDACE, 2019). Las principales secuelas reportadas son a nivel motor (70%), cognitivas (69,6%), emocionales-conductuales (46,2%) y finalmente otras como afecciones sensoriales y experiencias de dolor (20-30%) (Quezada, 2020). Respecto a las secuelas motoras se encuentra la pérdida de fuerza, de forma general o parcial (tetraparesia, hemiparesia o monoparesia), apraxia y alteraciones en el equilibrio. En cuanto a las alteraciones cognitivas, se ven afectadas diferentes capacidades como la atención, memoria, percepción y el lenguaje, así como las funciones ejecutivas. Por último, a nivel emocional-conductual, se ha reportado la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva (Federación Española de Daño Cerebral, 2019; González, 2014; Quezada, 2020).

b. SECUELAS DEL DCA EN LA COMUNICACIÓN

Como se ha comentado, una de las capacidades afectadas por el DCA es el lenguaje. Esta puede verse alterada por dificultades motoras, cognitivas, o la combinación de ambas (Federación Española de Daño Cerebral, 2019). Dentro de las alteraciones en la comunicación encontramos la disartria, la apraxia del habla y los trastornos de afasia (Adams, 2020; Cherney y Small, 2009).

En primer lugar, la disartria supone una ejecución neuromuscular anormal en los movimientos implicados en el habla, viéndose afectada su velocidad, fuerza, alcance, sincronización y precisión. Por otro lado, la apraxia del habla supone la afectación en la planificación, secuenciación y ejecución de los movimientos implicados en el habla. Por último, la afasia es una alteración adquirida que puede manifestarse de diferentes modos en función de las áreas cerebrales afectadas, siendo las más relevantes las relacionadas con la emisión y comprensión del lenguaje (Cherney y Small, 2009; González, 2014; Helm-Estabrooks y Albert, 2005). Por otra parte, la expresión clínica de los diferentes síndromes afásicos puede verse influenciada por diferentes factores como la edad, la lateralidad, antecedentes de ictus previos, epilepsia y otras afectaciones, lo que da lugar a una elevada heterogeneidad entre los pacientes (Helm-Estabrooks y Albert, 2005).

Así, para poder realizar una clasificación de los diferentes síndromes afásicos, se debe conocer antes los dominios implicados en la emisión del lenguaje, siendo los más importantes: denominación, fluencia, comprensión auditiva y repetición (Berthier et al., 2011) (Tabla 1). Otros aspectos relacionados con el lenguaje que también se evalúan en los síndromes afásicos son la capacidad de lectura y de escritura, así como la capacidad para producir los movimientos del habla de forma intencionada (praxia oral) (Helm-Estabrooks y Albert, 2005).

Tabla 1. Principales dominios del lenguaje evaluados en la afasia y su definición (elaboración propia)

Dominio	Definición
Denominación	Habilidad de evocar o recuperar palabras. La dificultad que presentan en la evocación de las mismas se conoce como anomia y es el síntoma nuclear de la mayoría de los síndromes afásicos (Ardila, 2006; Helm-Estabrooks y Albert, 2005)
Fluencia/Fluidez	Capacidad para producir palabras de forma organizada en secuencias conectadas de forma semántica (Goodglass et al., 1986; Helm-Estabrooks y Albert, 2005)
Comprensión auditiva	Consiste en la habilidad para reconocer palabras y asociar su significado, o interpretarlo a través de la relación entre estas (González y Hornauer-Hughes, 2014a, González y Hornauer-Hughes, 2014b)
Repetición	Habilidad para reproducir los patrones del habla a partir de estímulos auditivos. Depende de la composición fonológica, longitud, categorías gramaticales, estructura sintáctica y la predictibilidad (Ardila, 2006; González y Hornauer-Hughes, 2014a)

Dada la heterogeneidad en la manifestación de los trastornos afásicos, estos han sido clasificados de diferentes modos como guía para la práctica clínica (Ardila, 2010; Helm-Estabrooks y Albert, 2005). La clasificación más empleada actualmente, tanto en el ámbito clínico como científico, es la propuesta por el grupo de Boston (Ardila, 2006; Ardila, 2010; Helm-Estabrooks y Albert, 2005). En esta clasificación se atiende a las siguientes distinciones: (1) las afasias pueden ser corticales o subcorticales y (2) las afasias pueden ser fluentes o no fluentes (Ardila, 2010; González y Hornauer-Hughes, 2014a; Helm-Estabrooks y Albert, 2005). Respecto a la anatomía, en el lenguaje participan tanto estructuras corticales (en la corteza cerebral) como subcorticales (bajo la corteza cerebral) formando un sistema

funcional dependiente, lo que supone que la lesión de uno de sus componentes afectará al resto del sistema (González y Hornauer-Hughes, 2014b). Por otro lado, las afasias fluentes presentan un discurso productivo pero suele ser poco informativo, sin dificultades en la articulación de la producción del habla, mientras que las no fluentes presentan dificultades en la articulación del habla y el discurso suele ser breve (Cherney y Small, 2009; González y Hornauer-Hughes, 2014b)

Atendiendo a las distinciones propuestas por el grupo de Boston y los dominios del lenguaje principalmente afectados, podemos elaborar la siguiente clasificación (Tabla 2):

Tabla 2. Clasificación de los síndromes afásicos y su afectación en los dominios del lenguaje (Ardila, 2006; Berthiera et al., 2011; Cherney y Small, 2009; Helm-Estabrooks y Albert, 2005)

		Denominación	Fluencia	Comprensión auditiva	Repetición	
Nivel cortical	Fluentes	Afasia de Wernicke	Pobre	Buena	Pobre	Pobre
		Afasia de sensorial transcortical	Pobre	Buena	Pobre	Buena
		Afasia de conducción	Pobre	Buena	Buena	Pobre
		Afasia de anómica	Pobre	Buena	Buena	Buena
	No fluentes	Afasia de Broca	Pobre	Pobre	Buena	Pobre
		Afasia transcortical motora	Pobre	Pobre	Buena	Buena
		Afasia global	Pobre	Pobre	Pobre	Pobre
		Afasia no-fluida mixta	Pobre	Pobre	Pobre	Pobre
Nivel subcortical	Semi-Fluentes	Afasia anterior capsular	Pobre	Pobre	Buena	Buena
		Afasia posterior capsular	Pobre	Pobre	Pobre	Pobre
		Afasia global capsular	Pobre	Pobre	Pobre	Pobre
		Afasia talámica	Pobre	Pobre	Buena (variable)	Buena

c. SECUELAS DE LA AFASIA

Tras producirse un DCA no solo se producen déficits primarios asociados como es la afasia, también se desarrollan otras afecciones médicas en el estado del ánimo, en los resultados funcionales y en la calidad de vida (Belgen et al., 2006; Bullier et al., 2019; Sennfält et al., 2019). Appelrol y colaboradores (2021) señalan que en supervivientes de ictus la tasa de comorbilidad es muy elevada, afectando entre el 75 y el 99% de los individuos. En ellos suele detectarse frecuentemente la presencia de caídas y problemas relacionados con el equilibrio en la marcha y a la hora de vestirse (Belgen et al., 2006). También es común que se presenten quejas relacionadas con la fatiga siendo predominantes en aquellas áreas que se requiera de esfuerzos físicos (Van de Port et al., 2006). Por otro lado, también se reportan problemáticas en relación al dolor tras el ictus (Jonsson, 2006). La presencia de todas estas afecciones tienen un impacto negativo en la propia salud de los pacientes y requieren de mayor dependencia a la hora de llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria (Appelros et al., 2021; Van de Port et al., 2006).

En cuanto a las repercusiones clínicas tras un ictus se puede observar también la presencia de síndromes delirantes o depresivos (Jonsson, 2006; Kutlubayev y Hackett, 2014). El desarrollo de un síndrome afásico supone un factor de riesgo a la hora de desarrollar sintomatología de este tipo (Ashaie et al., 2019; Kouwenhoven et al., 2011). Este hecho se puede observar en la diferencia que existe entre la prevalencia de desarrollar un trastorno depresivo en población general (en torno al 4,4%) respecto a población superviviente de un ictus (entre un 17% y un 30%) (Ashaie et al., 2019; Baker et al., 2017; Camoes-Barbosa et al., 2012; Gabaldón, et al., 2007). Como se ha comentado, la afasia supone un factor de riesgo en el desarrollo de sintomatología depresiva ya que además de la afectación a nivel neurológico, también supone un aislamiento al paciente de su red de apoyo por la dificultad en la comunicación, además de afectar de forma negativa a nivel motor y cognitivo (Hackett y Anderson, 2005; Llorca et al., 2015). Es por este motivo que existe un riesgo relativo de trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, depresión subumbral) un 50% mayor tras el desarrollo de la afasia (Ashaie et al., 2019; Mitchell et al., 2017). Hackett y Anderson (2005) concluyeron que la frecuencia de los síntomas depresivos se encontraba en un 33% en todos los supervivientes (con y sin afasia) en cualquier momento durante los primeros dos años, incluso se llegaron a correlacionar estos síntomas con la mortalidad entre los 12 y los 24 meses (Kouwenhoven et al., 2011). La literatura señala diferentes frecuencias en la presencia de depresión post-ictus (entre el 23-47%) (Camos-Barbosa et al., 2012; Gabaldón, et al., 2007) y estas frecuencias

varían en función del tiempo tras el ictus, siendo mayor cuanto más reciente se encuentra el ictus (70% a los 3 meses, 62% tras un año) (Baker et al., 2017).

La presencia de las diferentes afecciones mencionadas anteriormente además de ser una limitación en la rehabilitación, provocando peores resultados (Ashaie et al., 2019; Baker et al., 2017; Camoes-Barbosa et al., 2012; Hackett y Anderson, 2005), también se asocia con una peor calidad de vida y pronóstico vital (Baker et al., 2017; Lee et al., 2015; Townsend et al., 2007). El grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) define la calidad de vida como “la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (WHOQOL, 1998, p. 551). Estos aspectos que conforman la calidad de vida se relacionan con las Actividades Básicas de la Vida Diaria, la salud física y psicológicas y las relaciones personales (Ross y Wertz, 2003). Ardila (2003) plantea que en la calidad de vida se incluyen aspectos subjetivos entre los que se encuentra la intimidad, expresión emocional, seguridad, rendimiento personal y la salud subjetiva. Estos aspectos se encuentran correlacionados con otros elementos objetivos como la salud objetiva, el acceso a recursos materiales y a un buen ambiente físico y social. Como se ha mencionado anteriormente, la afasia tiene un impacto en esta dimensión, provocando resultados perjudiciales a largo plazo a causa de las alteraciones que se producen en la salud y funcionalidad del individuo (Bullier et al., 2019; Lee et al., 2015). Diferentes estudios detectaron que los principales factores relacionados con una peor calidad de vida en personas con afasia fueron: depresión, gravedad de la afasia, discapacidad comunicativa, presencia de problemas médicos, las relaciones sociales, nivel de actividad y la fatiga (Bullier et al., 2019; Hilari et al., 2012; Lee et al., 2015). Uno de los elementos más destacables entre estos factores es el grado de afectación en la actividad comunicativa que provoca la afasia, ya que el deterioro de esta es uno de los elementos que más afecta a la calidad de vida, favoreciendo el aislamiento del paciente respecto de la comunidad (Dalemans et al., 2010).

Por estos motivos los programas de rehabilitación de los síndromes afásicos no solo se centran en la recuperación del lenguaje verbal, sino que también buscan satisfacer las necesidades comunicativas (ya sea favoreciendo expresiones verbales o a través de métodos compensatorios) con el fin de prevenir el aislamiento social y con ello mejorar la percepción de bienestar y calidad de vida del paciente (Bullier et al., 2019; González y Hornauer-Hughes, 2014a; Hilari et al., 2012; Yu et al., 2017).

d. TERAPIAS DE REHABILITACIÓN DEL HABLA

A la hora de llevar a cabo la rehabilitación de la afasia, en primer lugar, se realiza una evaluación del paciente que será la base sobre la que se planificará la intervención (Stephens, 201). Esta evaluación, según González y Hornauer-Hughes (2014b), tiene diferentes propósitos: detectar aquellos aspectos que están comprometidos, conocer la gravedad del síndrome afásico y su tipología y planificar el programa de rehabilitación. Para conocer aquellos aspectos afectados por la afasia, el consenso de ROMA (The Research Outcome Measurement in Aphasia) recomendó el empleo de los siguientes instrumentos específicos: Western Aphasia Battery-Revised (WAB-R) (Kertesz, 2007), General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg y Hillier, 1979) y Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) (Hilari y Byng, 2001). Esta recomendación tiene el objetivo de crear un consenso en la evaluación y medición de la recuperación de la afasia tras el ictus (Wallace et al., 2018). Estos instrumentos evalúan las habilidades comunicativas afectadas por la afasia, el bienestar psiquiátrico de los pacientes y la calidad de vida tras el ictus, siendo estos algunos de los aspectos que se ven afectados tras el desarrollo de la afasia.

Dentro del ámbito de la rehabilitación con pacientes con DCA, las terapias enfocadas en el proceso del habla se enmarcan dentro de las Speech and Language Therapies (SLT) (Brady et al., 2016). Las SLT tienen como objetivo general permitir a los pacientes con afasia poder comunicar sus pensamientos en escenas de la vida diaria, empleando tanto el lenguaje hablado, escrito como otros medios no verbales (Stephens, 2017). Dentro de las intervenciones con pacientes afásicos podemos observar variaciones en su formato, pudiendo darse de forma individual o grupal, o en su duración, estándar o intensiva (Berthier et al., 2014; Stephens, 2017). Beeson y Robey (2006) realizaron una revisión meta-analítica en la que concluyeron que existe una fuerte evidencia de la eficacia de los tratamientos para la recuperación del habla, a pesar de no existir un tratamiento universalmente aceptado a la hora de intervenir (Greener et al., 2000). Brady et al. (2016) realizaron un meta-análisis en el que se analizó la amplia heterogeneidad de terapias del habla y, dadas las condiciones en las que se desarrollan los ensayos clínicos (número de participantes, seguimiento, etc.), no se pudo recomendar un terapia específica por encima de las otras. Algunas de los enfoques terapéuticos que se han empleado son:

La **Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT)** (Pulvermüller et al, 2001) se basa en la Terapia del Movimiento Inducido por Restricción y la neurociencia del lenguaje (Pulvermüller et al.,2016). La CIAT se basa en tres principios: (1) la restricción, se prioriza la

comunicación verbal exclusivamente, restringiendo otras modalidades, (2) la práctica intensiva, las intervenciones se realizan durante 3-4 horas al día durante 10 días, y (3) el aumento gradual de la dificultad de las tareas (Pulvermüller et al, 2001;Pulvermüller et al.,2016; Zhang et al., 2017). El objetivo principal de la CIAT es el entrenamiento conductual bajo la forma de “juego terapéutico” de forma grupal (3-4 pacientes) (Pulvermüller et al, 2001; Pulvermüller et al.,2016). Esta terapia ha ofrecido muy buenos resultados en la rehabilitación de la afasia crónica, pero sus resultados no destacan por encima de otro tipo de terapias (Brady et al., 2012; Zhang et al., 2017). A pesar de obtener buenos resultados, la CIAT muestra una limitaciones en la rehabilitación del lenguaje empleado en las ABVD (Pulvermüller et al., 2016).

La **Multi-modality Aphasia Therapy** (M-MAT) (Rose y Attard, 2011) es un tratamiento conductual para la rehabilitación de la afasia. Su principal objetivo es la mejora de la producción y comunicación oral (Rose y Attard, 2011). Al igual que la CIAT se caracteriza por ser intensiva y grupal, pero su principal diferencia es que no solo explota las habilidades verbales sino también otras como el dibujo, lectura, escritura, gestos que pueden complementar a las primeras (Rose et al., 2013). Su administración es similar a la empleada en la CIAT, a través del “juego terapéutico”, pero la administración tanto de instrucciones como de señales se aplica de forma multimodal, por lo que se elimina el componente restrictivo (Rose et al., 2015). Finalmente, esta terapia se ha demostrado efectiva en la rehabilitación de la afasia pero no existe consenso en cuanto a su comparativa con la CIAT (Attard et al., 2013; Rose et al., 2015).

La **Terapia de Entonación Melódica** (TEM) propone la estimulación de la recuperación de la capacidad comunicativa oral empleando elementos musicales del habla (melodía y ritmo) pudiendo así trabajar con la fluidez, repetición y movimientos motores empleados en el habla (Helm-Estabrooks y Albert, 2005; Norton et al., 2009; Villodre y Morant, 2010). Su utilización se ha demostrado eficaz principalmente en afasia no fluente, mientras que no está recomendada en afasia global (Conklyn et al. 2012; Haro-Martínez et al., 2018, Helm-Estabrooks y Albert, 2005). A pesar de ser uno de los enfoques terapéuticos más estudiados, los ensayos realizados se han visto limitados en cuanto a su metodología (heterogeneidad en el empleo de instrumentos, muestras pequeñas) por lo que este enfoque terapéutico a pesar de mostrarse eficaz requiere aun de pruebas definitivas que avalen dicha eficacia (Haro-Martínez et al., 2021).

Terapia del control voluntario de producciones involuntarias (CVPI) es una terapia dentro de los Tratamientos de estimulación por facilitación (Villodre y Morant, 2010). Esta terapia busca estimular la comunicación funcional a través de la producción, aunque sea involuntaria, bien articulada de estereotipias (Helm-Estabrooks y Albert, 2005).

La **terapia basada en guiones** (Script Training) es un enfoque de tratamiento basado en la Teoría de la Automatización de las Instancias (Kaye y Cherney, 2016). Esta teoría sostiene que las palabras y frases aprendidas dentro del guion podrán ser dominadas con éxito tras un entrenamiento repetitivo y a través de pistas, esto permitiría la automatización de estas frases lo que facilitaría su aplicación en contextos cotidianos (Bilda, 2010; Logan, 1988 como se citó en Kaye y Cherney, 2016). En esta terapia se emplean guiones que consisten en narraciones breves que suceden dentro de un acontecimiento o facilitan la interacción social (Bilda, 2010; Hubbard et al., 2019), es recomendable que estas narraciones sean consensuadas con el paciente (Kaye y Cherney, 2016). Esta terapia se ha demostrado eficaz para la rehabilitación de la afasia (Hubbard et al., 2019).

A pesar del elevado interés sobre las SLT y las numerosas investigaciones que se han ido produciendo durante las dos últimas décadas, este tipo de terapias no han demostrado un enfoque generalizado en su aplicación (Brady et al., 2016; Fuentes et al., 2022). Algunas de las limitaciones que encontramos actualmente en los diferentes enfoques terapéuticos son: poca calidad metodológica en los ensayos, heterogeneidad de instrumentos empleados, empleo de material no aplicable a la comunicación en la vida diaria y abandono de las terapias (Brady et al., 2016; Haro-Martínez et al., 2021; Pulvermüller et al., 2016). Debido a la heterogeneidad de enfoques terapéuticos, uno de los retos en la actualidad es el desarrollo de una SLT estandarizada, rápida y de bajo coste, que no solo suponga una mejora de las habilidades comunicativas sino también en la calidad de vida de los pacientes y mejora en la salud tanto física como en el bienestar emocional (Fuentes et al., 2022).

De este modo, el Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz, el Departamento de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas y la asociación de pacientes Afasia Activa, a través de una beca de financiación Health Research La Caixa, iniciaron un ensayo clínico (NCT0428949) denominado *Dubbing Language-therapy CINema-based in Aphasia post-Stroke* (DULCINEA). El Proyecto DULCINEA (Fuentes et al., 2022) basa su propuesta en el empleo de contenidos audiovisuales en los que se muestran los movimientos labiales ejecutados en el habla y entrenamiento de estos mismos a través de

técnicas de doblaje. Esta imitación de los movimientos labiales activan las diferentes redes neurológicas implicadas en la planificación y emisión del habla, por lo que este enfoque terapéutico tiene una base neurobiológica reconocida. Además, a través de estas técnicas, no solo se ve potenciada la articulación del habla, también otros dominios del lenguaje se ven estimulados (Tabla 3) así como la atención sostenida y la motivación. La decisión de qué palabras o frases entrenar es tomada por los pacientes recuperados y familiares, con el fin de garantizar que el lenguaje vaya a ser útil y funcional para ellos en la vida diaria. Para poder entrenar dichas palabras o frases se empleó la serie de televisión *Cuéntame cómo paso* (con permiso de Radio Televisión Española). Esta serie fue seleccionada por enmarcarse en un marco realista y en un contexto histórico con el que los pacientes pueden identificarse fácilmente.

Finalmente, para facilitar la interpretación de los resultados, el proyecto DULCINEA realiza las mediciones de los resultados atendiendo a la declaración del consenso ROMA. Ante la ausencia de más instrumentos de evaluación de aspectos específicos relacionados con el lenguaje, se introdujo el cuestionario CAL para la evaluación de la comunicación en las actividades cotidianas de los pacientes, atendiendo a la frecuencia y calidad de dicha comunicación. De este modo, los instrumentos de evaluación empleados en el proyecto proporcionan información sobre la calidad de vida, sintomatología depresiva, bienestar psiquiátrico y actividad comunicativa de los participantes. Con ello, se podrá determinar si la terapia basada en el doblaje no solo mejora la comunicación de los pacientes post-ictus, sino también otras áreas afectadas, como la calidad de vida o el desarrollo de sintomatología depresiva y otras comorbilidades, que, como se ha visto anteriormente, se encuentran más presentes en esta población que en la general (Baker et al., 2017; Fuentes et al., 2022).

Tabla 3. Terapias rehabilitación del lenguaje y dominios del lenguaje sobre los que trabajan (elaboración propia)

	Fluencia	Comprensión	Repetición	Denominación
Constraint-Induced Aphasia Therapy	SI	SI	SI	SI
Multi-modality Aphasia Therapy	SI	SI	SI	SI
Terapia de Entonación	SI	NO	SI	NO

Melódica				
Terapia control voluntario de producciones involuntarias	SI	NO	NO	NO
Script Training	SI	SI	SI	SI
Proyecto Dulcinea	SI	NO	SI	SI

El primer objetivo del presente trabajo es analizar la variación interindividual desde la entrevista basal, 3 meses y 6 meses de los sujetos participantes del ensayo clínico basado en el doblaje (N=11) en las variables depresión, percepción de salud, calidad de vida y calidad de comunicación. La hipótesis de trabajo es la obtención de mejores resultados en las diferentes variables tras la aplicación del ensayo.

El segundo paso de esta investigación consiste en analizar si existen diferencias significativas entre los niveles de depresión, percepción de salud, calidad de vida y cantidad de comunicación entre el grupo que ha participado en el ensayo clínico basado en el doblaje (tanto en el momento basal como a los 6 meses) y un grupo de población general con edades similares y sin antecedente de ictus. La hipótesis de este objetivo es que la población sometida a la terapia basada en el doblaje obtenga puntuaciones que se aproximen a las obtenidas por la población sana tras la evaluación de los 6 meses en la intervención.

MÉTODOS

Procedimiento

La presente investigación se compone de dos estudios diferentes. En primer lugar, se realizó de ensayo clínico cruzado y en segundo lugar se realizó un estudio retrospectivo *ex post-facto* de población general. La inclusión de este grupo sin afectación del lenguaje, al que se administraron las mismas pruebas de carácter psicológico, permite explorar si todos los grupos de pacientes que han completado el estudio (ya sea como grupo experimental o como grupo control, dado que a los 6 meses ambos han participado en el ensayo clínico), acercan sus puntuaciones a las puntuaciones de la población sana.

Para obtener la muestra de población con afasia se seleccionaron aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del ensayo clínico DULCINEA, que fueron remitidos por los Servicios de Neurología y de Rehabilitación del Hospital Universitario La Paz y con la colaboración de las asociaciones “Afasia Activa” y “Asociación Ictus Madrid”. La evaluación de esta muestra se realizó durante los años 2021 y 2022 a través de entrevistas telemáticas empleando la plataforma “Zoom” realizadas por evaluadores ciegos en diferentes momentos del tratamiento (basal, 3 meses y 6 meses). El ensayo clínico DULCINEA obtuvo la aprobación por el Comité de Ética de la investigación del Hospital Universitario La Paz.

Para el grupo de población general, esta muestra fue seleccionada por el procedimiento no probabilístico de “bola de nieve”, mediante el envío sucesivo de un cuestionario electrónico a través de diferentes redes sociales (WhatsApp, Twitter, Facebook). Esta recogida de datos se realizó durante los meses de marzo y abril del 2022. Para garantizar la integridad y confidencialidad de los participantes, la recogida de datos de este grupo no comenzó hasta la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia de Comillas. Asimismo, antes de responder al cuestionario electrónico se informó a los participantes sobre la adhesión a los criterios del Real Decreto-Ley 5/2018, de 27 de julio, respecto a protección de datos, además de solicitar su consentimiento informado. Las respuestas de los participantes fueron anónimas y se analizaron de forma colectiva, quedando así asegurado el deber de confidencialidad.

Participantes

La población con afasia que participó en la investigación fueron 11 sujetos. Para la recogida de esta muestra se entrevistó a 19 sujetos en los que se evaluó el cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión:

- Afasia no fluente debida a un infarto cerebral en el hemisferio izquierdo sin evidencia por neuroimagen de lesiones en el hemisferio derecho.
- Haber completado el programa de rehabilitación estándar del lenguaje prescrito como parte de la práctica clínica habitual, y persistir con afasia. Esta debe cumplir las siguientes características: Fluencia verbal muy restringida, con escasa capacidad de repetición, que no exceda el percentil 70 en el apartado de repetición del Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) y comprensión del lenguaje moderadamente preservada, superior al percentil 15 del BDAE.
- Firma del consentimiento informado.

Por otro lado, fueron excluidos aquellos que además de no cumplir con los criterios de inclusión, cumplieran alguno de los siguientes criterios de exclusión:

- Cualquier situación clínica que impida el adecuado seguimiento del paciente en el estudio (como por ejemplo comorbilidad importante que pueda condicionar la participación y seguimiento del paciente en el estudio o esperanza de vida inferior a 6 meses).
- Participación en otro ensayo clínico que evalúe la recuperación post-ictus.

Así, la muestra inicial de 19 sujetos se redujo a 11 sujetos (Mujeres=3, Hombres=8, Media de edad=62, $\sigma=13,28$), con los que se realizó un proceso de aleatorización con una proporción 1:1 a dos grupos de tratamiento, en el que la variable aleatorizada era el momento de inicio del tratamiento (en los tres primeros meses de su inclusión en el estudio, o entre el tercer y sexto mes). Este diseño de ensayo clínico cruzado permite que todos los sujetos participen en el programa de doblaje, pudiéndose beneficiar, en su caso, de potenciales efectos positivos que produjera el mismo. Así, el grupo experimental participa en el ensayo al inicio del estudio y se evalúan sus resultados a nivel basal-al terminar su participación (3 meses)-pasado un trimestre (6 meses); mientras que el grupo control participa en el ensayo a los tres meses de su inicio, de manera que se evalúan sus resultados a nivel basal-como grupo control (3 meses)-al finalizar su participación en el estudio (6 meses). Este tipo de diseño permite comprobar si el ensayo clínico produce cambios significativos en las variables de estudio (comparando grupo experimental basal-grupo experimental 3 meses y comparando grupo experimental 3 meses-grupo control 3 meses) y si los posibles efectos del ensayo se mantienen en el tiempo (comparación grupo experimental 3 meses con grupo experimental 6 meses).

Los participantes correspondientes a la muestra de población general fueron 73 sujetos (Mujeres=42,Hombres=31, Media de edad=53,67, $\sigma=6,67$). Para la recogida de muestra este grupo, 83 personas completaron el cuestionario electrónico elaborado a través de *Google Forms*. De este grupo se descartaron aquellas personas que no cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de 35 años
- No padecer trastornos del lenguaje
- No encontrarse en tratamiento con antidepresivos
- No ser familiar o cuidador de una persona con afasia

- No haber sufrido un ictus

Instrumentos

Los instrumentos que se administraron tanto a la muestra con afasia como de población general fueron los siguientes:

Communicative Activity Log (CAL) (Pulvermüller et al., 2001) (Anexo 1) es un cuestionario que mide la actividad comunicativa en la vida cotidiana y es completado por una persona cercana al paciente con afasia, aunque también puede ser completado por el propio paciente (Nickels y Osborne, 2016; Pulvermüller et al., 2001). Este cuestionario se compone de 36 ítems organizados en dos subescalas: frecuencia de la comunicación (18 ítems) y calidad de la comunicación (18 ítems) (Pulvermüller et al., 2001). El CAL presenta una consistencia interna alta ($\alpha=0,98$) (Subescala frecuencia: $\alpha=0,89$; Subescala Calidad: $\alpha=0,96$) (Rofes et al., 2015). Actualmente no se encuentra validado para población española pero se han realizado diferentes traducciones al castellano (Kim et al., 2015; Spreen y Risser, 2003). Su aplicación para la evaluación de la mejora de los pacientes tras la aplicación de las terapias de rehabilitación del lenguaje ha sido empleada en diferentes estudios con el objetivo de evaluar el impacto de la terapia (Berthier et al., 2014; Haro-Martínez et al., 2018). En este instrumento puntuaciones altas advierten de una buena calidad y/o frecuencia en la comunicación, pudiendo obtener como máximo una puntuación de 180 y como mínimo 0.

General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg y Hillier, 1979) (Anexo 2) es un test de screening administrado a adultos con el objetivo detectar individuos con un trastorno psiquiátrico no psicótico, además de proporcionar una medida de bienestar psiquiátrico (Goldberg y Hillier, 1979; Jacobsen et al., 1995). La primera versión del test contaba con 60 ítems (GHQ-60), posteriormente se fueron reduciendo a 30 (GHQ-30), 28 (GHQ-28) y finalmente a 12 (GHQ-12), siendo validados todos para la población española (Rocha et al., 2011; Sánchez-López y Dresh, 2008). Este instrumento valora las siguientes subescalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. En este instrumento las puntuaciones altas indican una peor sensación de salud general, siendo la puntuación máxima 36 y la mínima 0.

Jacobsen y colaboradores (1995) mostraron que no se requiere de un cuestionario extenso para mantener la fiabilidad y validez del GHQ, por lo que las versiones más reducidas con ítems con gran poder discriminatorio, como ocurre en el GHQ-12 (Rocha et al., 2011), son suficientemente completas para la detección de trastornos psiquiátricos no

psicóticos y malestar psicológicos. El GHQ-12, plantea otra ventaja además de su brevedad y es su facilidad de comprensión y administración, además de presentar buenas características psicométricas (fiabilidad de .76 y α de 0,78) lo que lo hace idóneo para el empleo de cribado y detección de problemas psiquiátricos y malestar psicológico, especialmente en población con posibles dificultades de comprensión como es nuestro caso. Otra ventaja a destacar es que también ha demostrado tener una elevada consistencia interna para población mayor de 65 años, lo que permite que se pueda administrar el instrumento a este grupo poblacional con la seguridad de que tiene la sensibilidad adecuada (Rocha et al., 2011). Finalmente, este es uno de los cuestionarios recomendados por el consenso de ROMA a la hora de valorar el impacto de la terapia del lenguaje (Wallace et al., 2018).

Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ-10) (Sutcliffe y Lincoln, 1998) (Anexo 3) es un herramienta fiable para la evaluación de síntomas depresivos en pacientes con afasia (Cobley et al., 2011; Hacker et al., 2010; Sackley et al., 2006; Sutcliffe y Lincoln, 1998). Este cuestionario comenzó teniendo 21 ítems, reduciéndose a 10, incluyendo los puntos que mejor diferenciaban niveles de depresión alta y baja (Sackley et al., 2006), disponiendo de una sensibilidad del 100% y especificidad del 78% (Cobley et al., 2011; Laures-Gore et al., 2016). A pesar de no encontrarse validado en población española, ha demostrado ser una medida fiable y es la prueba recomendada por el consenso de ROMA para la detección de síntomas depresivos en pacientes con afasia (Wallace et al., 2018). En este instrumento se puede obtener una puntuación máxima de 30 y mínima de 0, donde puntuaciones altas advierten de presencia de sintomatología depresiva.

Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) (Anexo 4) es un instrumento que mide la calidad de vida en personas con afasia adaptado del Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) (Hilari y Byng, 2001). El SAQOL-39 es un medida de autoinforme aplicada por un entrevistador a sujetos con afasia producida por un ACV (Lata-Caneda et al., 2009). En estudios preliminares este instrumento demostró su aceptabilidad y validez para la población española (ICC= 0.94 y α = 0.95) (Lata-Caneda et al., 2009). Posteriormente, Ahmadi y colaboradores (2017) analizaron las diferentes traducciones de este cuestionario y obtuvieron que en la versión española existía una buena consistencia interna (α = 0.95) y fiabilidad test re-test (ICC=0.949), además de plantear una buena validez transcultural. El SAQOL-39 abarca aspectos físicos, psicosocial, comunicativo y energía (Lata-Caneda et al., 2009). Puntuaciones altas en este instrumento indican una mejor calidad de vida, obteniendo como máximo una puntuación de 5 y como mínimo de 0. Finalmente,

este es uno de los cuestionarios recomendados por el consenso de ROMA a la hora de valorar el impacto de la terapia del lenguaje (Wallace et al., 2018).

Se administraron dos instrumentos más exclusivamente a la población con afasia relacionados con los dominios del lenguaje expuestos en la Tabla 1, siendo estos el Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) y la Batería de Afasias Western (WABR), administrados por una psicóloga experta.

El **Test de Boston (BDAE)** (Googlass y Kaplan, 1986) fue adaptado y traducido al español por García Sánchez y Del Viso (1996). Esta herramienta permite determinar el tipo y la severidad de la afasia. Este cuestionario se compone los subtest repetición y comprensión de palabras, órdenes y material ideatorio complejo (García-Albea et al., 1996; Monsegny et al., 1995)

La batería de **Afasia Western Revisada (WAB-R)** (Shewan y Kertesz, 1980) es uno de los instrumentos mayormente empleados en la evaluación tanto de las habilidades lingüísticas como las no lingüísticas con el objetivo de ofrecer un diagnóstico diferencial de la afasia respecto a otras patologías. La fiabilidad inter-jueces obtenida por esta prueba es alta además de obtener una alta validez de contenido y constructo (Kertesz, 2006).

Análisis de datos

Una vez realizada la recogida de información a través de las entrevistas telemáticas y las encuestas electrónicas, se dispusieron todos los datos en una hoja de cálculo en Excel. En esta plataforma se depuraron los datos y se trasladaron los datos finales al programa estadístico Jamovi versión 2.2.5 donde se ejecutaron los análisis estadísticos descriptivos e inferenciales.

Se analizaron como variables cuantitativas los resultados de las escalas CAL, SADQ-10, GHQ-12, SAQOL-39, BDAE y WAB-R mientras que los datos sociodemográficos (edad, sexo) y la presencia o no de afasia se analizaron como variables cualitativas. Así pues, las variables independientes del presente estudio son con/sin afasia mientras que las variables independientes son depresión, calidad y frecuencia de comunicación, percepción de salud, calidad de vida y los resultados obtenidos en los cuestionarios BDAE y WABR.

Como primer paso se realizó una comparación de la variación interindividual en los tres momentos temporales del proyecto, es decir, desde el nivel basal y a los 6 meses, debido a que en este punto ya todos los participantes habían pasado por la intervención basada en el doblaje. Al contar con una muestra pequeña (<30) se optó por la prueba no paramétrica Test de Friedman. Para conocer el tamaño del efecto se empleó el valor W de Kendall (Tomczak y Tomczak, 2014) para calcular la relación, empleando la misma interpretación que la d de Cohen (1988): pequeño ($d = 0,2-0,3$), medio ($d = 0,5-0,8$) y grande ($d =$ superior a 0,8). Se realizó este análisis tanto al grupo que recibió la terapia desde el momento basal hasta los 3 meses ($N=6$) como para el grupo que la recibió a partir de los 3 meses hasta los 6 ($N=5$).

En un segundo paso, se realizó una comparación de las medias del grupo con afasia en el momento basal y a los 6 meses con las medias obtenidas por la muestra de población general. Para ello, se realizaron los siguientes pasos para decidir si se pudiera aplicar la prueba t-student para muestras independientes o su equivalente no paramétrico, la prueba de la U de Mann-Whitney: en primer lugar, se aplicó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk y se analizó la homocedasticidad a través del test de Levene; al no cumplir con los criterios de homocedasticidad y normalidad, se optó por el empleo de las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney para el análisis de estas variables. También se analizó la magnitud del tamaño del efecto mediante el coeficiente de correlación de rango biserial, empleando el criterio de Cohen (1988): pequeño ($d = 0,1-0,3$), moderado ($d = 0,3-0,5$) y grande ($d =$ superior a 0,5).

RESULTADOS

3.1. Análisis preliminar de la eficacia del ensayo clínico en las variables de estudio (comparación población de los resultados en el momento basal, 3 meses y 6 meses)

En primer lugar, se llevó a cabo la prueba no paramétrica test de Friedman de cada una de las variables para cada uno de los grupos además de calcularse el valor W de Kendall (W) para obtener el tamaño del efecto. Junto a estos cálculos se incluyó la prueba Durbin-Conover que permite conocer entre que momentos del estudio (basal, 3 meses y 6 meses) se obtuvieron diferencias. En la **tabla 4**, dado que el error considerado era de $\alpha = 0,05$, podemos observar que en el grupo que recibió terapia desde el momento basal hasta los 3 meses obtuvo diferencias estadísticamente significativas en las variables calidad de vida (SAQOL-39) ($\chi^2=0,032$, $p=0,032^*$, $W=0,57$), Comunicación (SAQOL-39) ($\chi^2=6,10$, $p=0,047$, $W=0,51$) y

coeficiente de afasia (WAB-R) ($\chi^2=7,00$, $p=0,030$, $W=0,58$). Estas han reportado tamaños del efecto medios.

Tabla 4. Test de Friedman en tratamiento basal-3 meses

Instrumento	\bar{X}	χ^2	p	W	Durbin- Conover	p
CAL	Basal: 104	3,74	0,154	0,31	Basal-3m: 2,11	0,061
	3 meses:111				Basal-6m: 0,811	0,436
	6 meses:104				3m-6m:1,298	0,224
Frecuencia (CAL)	Basal: 54,3	0,333	0,846	0,03	Basal-3m: 0,535	0,605
	3 meses: 54,8				Basal-6m: 0,267	0,795
	6 meses: 52,7				3m-6m: 0,267	0,795
Cantidad (CAL)	Basal: 50	1,65	0,438	0,14	Basal-3m: 1,16	0,273
	3 meses: 55,7				Basal-6m: 0,15	0,888
	6 meses: 51,2				3m-6m: 1,015	0,334
GHQ12	Basal: 4,17	4,10	0,129	0,34	Basal-3m: 1,39	0,195
	3 meses: 3				Basal-6m: 2,26	0,048*
	6 meses:1,50				3m-6m: 0,868	0,406
SADQ10	Basal: 9,5	2,47	0,291	0,21	Basal-3m: 1,39	0,145
	3 meses:10				Basal-6m: 0,53	0,610
	6 meses:9,33				3m-6m: 1,05	0,317

SAQOL-39	Basal: 3,82	6,87	0,032*	0,57	Basal-3m:	0,023*
					2,676	
	3 meses:				Basal-6m:	0,006**
	3,65				3,499	
	6 meses:				3m-6m: 0,823	0,429
	3,62					
Física (SAQOL-39)	Basal: 4,35	5,55	0,062	0,46	Basal-3m:	0,035*
					2,439	
	3 meses:				Basal-6m:	0,025*
	3,93				2,627	
	6 meses:				3m-6m: 0,188	0,855
	3,95					
Comunicación (SAQOL-39)	Basal: 2,62	6,10	0,047*	0,51	Basal-3m:	0,139
					1,61	
	3 meses:				Basal-6m:	0,009*
	2,88				3,21	
	6 meses:				3m-6m: 1,61	0,139
	3,14					
Psicosocial (SAQOL-39)	Basal: 3,83	2,70	0,260	0,23	Basal-3m:	0,310
					1,070	
	3 meses:				Basal-6m:	0,124
	3,77				1,681	
	6 meses:				3m-6m: 0,611	0,555
	3,55					
Vitalidad (SAQOL-39)	Basal: 3,63	3,60	0,165	0,30	Basal-3m:	0,325
					1,04	
	3 meses:				Basal-6m:	0,065
	3,42				2,07	
	6 meses:				3m-6m: 1,04	0,325
	3,25					
Comprensión (BDAE)	Basal: 27	1,41	0,494	0,12	Basal-3m: 0	1,000
					Basal-6m: 1	0,341
	3 meses: 26,8				3m-6m: 1	0,341
	6 meses:					

	28,3					
Repetición (BDAE)	Basal: 5,33	3,80	0,150	0,32	Basal-3m:	0,076
					1,975	
	3 meses:				Basal-6m:	0,115
	6,33				1,729	
	6 meses:6				3m-6m: 0,247	0,810
Comprensión (WAB-R)	Basal: 155	3,22	0,200	0,27	Basal-3m:	0,878
					0,157	
	3 meses:164				Basal-6m:	0,147
					1,573	
	6 meses:179				3m-6m: 1,731	0,114
Denominación (WAB-R)	Basal: 76,5	0,381	0,827	0,03	Basal-3m:	0,580
					0,573	
	3 meses:				Basal-6m:	0,780
	80,7				0,286	
	6 meses:				3m-6m: 0,286	0,780
	77,5					
Coefficiente de afasia (WAB-R)	Basal: 17,6	7,00	0,030*	0,58	Basal-3m:	0,034*
					2,45	
	3 meses:				Basal-6m:	0,004**
	19,4				3,67	
	6 meses:				3m-6m: 1,22	0,249
	19,2					

Nota, * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tras los resultados obtenidos, se realizó el análisis de comparación por pares Durbin-Conover que permite observar si se han producido diferencias estadísticamente significativas entre el momento basal, los 3 meses y los 6 meses. Tras la aplicación de esta prueba se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables percepción de salud (GHQ-12) entre el momento basal y a los 6 meses ($Durbin-Conover = 2,26$, $p = 0,048$) y la subescala física (SAQOL-39) entre el momento basal y los 3 meses ($Durbin-Conover = 2,439$, $p = 0,035$) y el momento basal y los 6 meses ($Durbin-Conover = 2,627$, $p = 0,025$).

En la **tabla 5**, podemos observar que en el grupo que recibió terapia desde los 3 hasta los 6 meses obtuvo diferencias estadísticamente significativas en las variables calidad de vida (SAQOL-39) ($\chi^2=6,42$, $p=0,040$, $W=0,64$), Comunicación (SAQOL-39) ($\chi^2=8,32$, $p=0,016$, $W=0,83$) y denominación (WAB-R) ($\chi^2=7,60$, $p=0,022$, $W=0,76$). Estas han reportado tanto tamaños del efecto grandes.

Tabla 5. Test de Friedman en tratamiento 3 meses-6 meses

Instrumento	\bar{X}	χ^2	p	W	<i>Durbin-Conover</i>	p	
CAL	Basal: 99,6	1,20	0,549	0,12	Basal-3m:	0,392	
	3 meses:90,8				0,905	Basal-6m:	1,000
	6 meses:100,4				0,905	3m-6m:	0,392
Frecuencia (CAL)	Basal: 55,0	0,400	0,819	0,04	Basal-3m:	0,780	
	3 meses: 51,6				0,289	Basal-6m:	0,780
	6 meses: 56,0				0,289	3m-6m:	0,580
Cantidad (CAL)	Basal: 44,6	1,37	0,504	0,14	Basal-3m:	0,457	
	3 meses: 39,2				0,781	Basal-6m:	0,763
	6 meses: 44,4				0,312	3m-6m:	0,306
GHQ12	Basal: 2,40	2,36	0,307	0,33	Basal-3m:	0,307	
	3 meses: 1,60				1,091	Basal-6m:	0,165
	6 meses: 0,80				1,528	3m-6m:	0,674
						0,436	

SADQ10	Basal: 11,60	3,26	0,196	0,24	Basal- 3m:0,707	0,500
	3 meses: 10,20				Basal- 6m:1,945	0,088
	6 meses: 9,60				3m-6m: 1,237	0,251
SAQOL-39	Basal: 3,63	6,42	0,040*	0,64	Basal- 3m:3,153	0,014*
	3 meses: 3,88				Basal- 6m:3,395	0,009**
	6 meses: 4,02				3m-6m: 0,243	0,814
Física (SAQOL-39)	Basal: 3,88	1,60	0,449	0,16	Basal-3m: 0,617	0,554
	3 meses: 3,95				Basal-6m: 0,617	0,554
	6 meses: 4,15				3m-6m: 1,234	0,252
Comunicación (SAQOL-39)	Basal: 3,17	8,32	0,016*	0,83	Basal-3m: 1,41	0,195
	3 meses: 3,23				Basal-6m: 6,01	< ,001***
	6 meses: 3,77				3m-6m: 4,60	0,002**
Psicosocial (SAQOL-39)	Basal: 3,55	5,20	0,074	0,52	Basal-3m: 2,858	0,021*
	3 meses: 4,20				Basal-6m: 2,041	0,076
	6 meses: 4,07				3m-6m: 0,816	0,438
Vitalidad (SAQOL-39)	Basal: 3,60	0,111	0,946	0,01	Basal-3m: 0,150	0,885
	3 meses: 3,80				Basal-6m: 0,300	0,772

	6 meses: 3,75				3m-6m: 0,885 0,150
Comprensión (BDAE)	Basal: 26,4	0,933	0,627	0,09	Basal-3m: 0,512 0,686
	3 meses: 27,2				Basal-6m: 0,416 0,857
	6 meses: 22,8				3m-6m: 0,868 0,171
Repetición (BDAE)	Basal: 5,60	3,71	0,156	0,37	Basal-3m: 0,170 1,508
	3 meses: 6,20				Basal-6m: 0,068 2,111
	6 meses: 6,40				3m-6m: 0,563 0,603
Comprensión (WAB-R)	Basal: 158	0,105	0,949	0,01	Basal-3m: 0,888 0,146
	3 meses: 161				Basal-6m: 0,888 0,146
	6 meses: 161				3m-6m: 0,778 0,292
Denominación (WAB-R)	Basal: 75,4	7,60	0,022*	0,76	Basal-3m: 0,081 2,00
	3 meses: 80,6				Basal-6m: 0,001** 5,00
	6 meses: 86,4				3m-6m: 3,00 0,017**
Coefficiente de afasia (WAB-R)	Basal: 17,6	4,80	0,091	0,48	Basal-3m: 0,046* 2,35
	3 meses: 18,9				Basal-6m: 0,046* 2,35
	6 meses: 19,7				3m-6m: 0,00 1,000

Nota, * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tras los resultados obtenidos, se realizó el análisis de comparación por pares Durvin-Conover que permite observar si se han producido diferencias estadísticamente significativas

entre el momento basal, los 3 meses y los 6 meses. Esta prueba reporto diferencias estadísticamente significativas en las variables psicosocial (SAQOL-39) entre el momento basal y a los 3 meses (*Durbin-Conover*= 2,858, $p=0,021$) y en coeficiente de afasia (WAB-R) entre el momento basal y los 3 meses (*Durbin-Conover*= 2,35, $p=0,046$) y el momento basal y los 6 meses (*Durbin-Conover*= 2,35, $p=0,046$).

En las **figura 1 y 2**, podemos observar las diferencias entre ambos grupos en la variable SAQOL-39 durante el transcurso del ensayo clínico. En el grupo que recibe la terapia en el momento basal-3 meses se observa que a los 3 meses las puntuaciones en la percepción de calidad de vida descienden mientras que en el otro grupo quien inicia la terapia a los 3 meses si muestra un aumento de sus puntuaciones a los 6 meses.

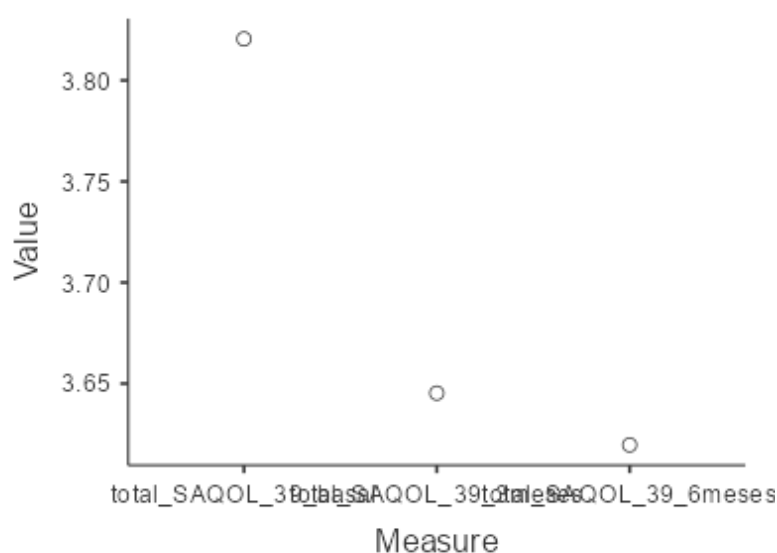


Figura 1. Variable SAQOL-39 en el grupo con terapia desde el momento basal a los 3 meses

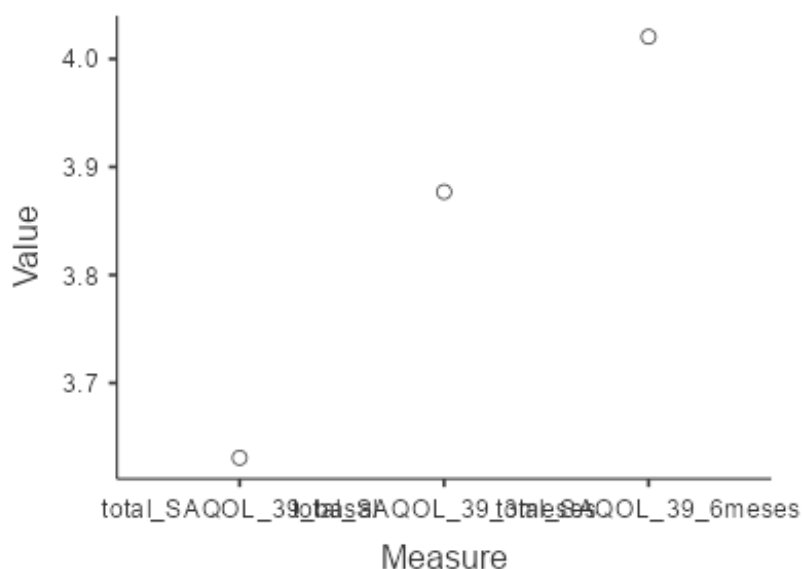


Figura 2. Variable SAQOL-39 en el grupo con terapia desde los 3 a los 6 meses

En las **figuras 3 y 4** se puede observar que el grupo que recibe la intervención hasta los 3 meses sus puntuaciones aumentan mientras que el grupo control (el que recibe la intervención a partir de los 3 meses) sus puntuaciones apenas incrementan. Este aumento de las puntuaciones en el grupo que recibe la intervención primero se mantiene, observándose que a los 6 meses las puntuaciones siguen incrementándose. Por otro lado el grupo que recibe la terapia desde los 3-6 meses, también reporta un aumento de sus puntuaciones respecto a la comunicación en el cuestionario SAQOL-39.

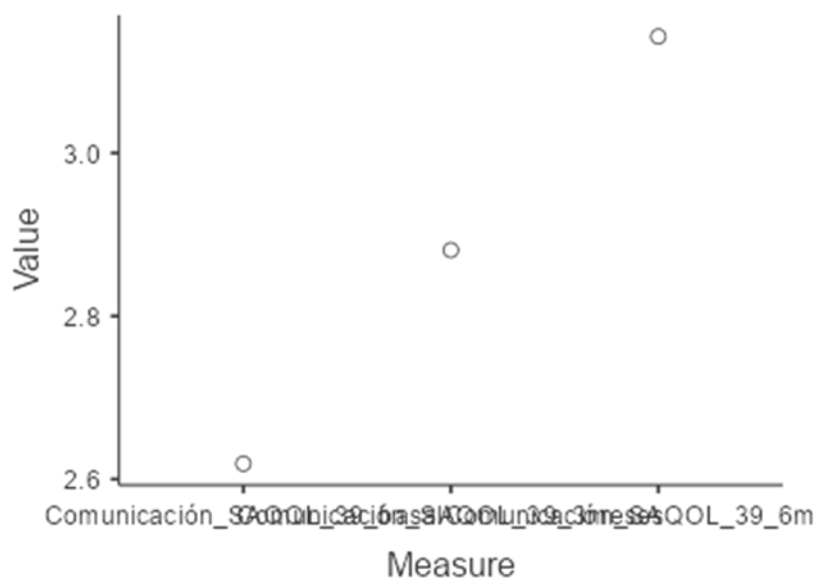


Figura 3. Variable Comunicación (SAQOL-39) en el grupo con terapia desde el momento basal a los 3 meses

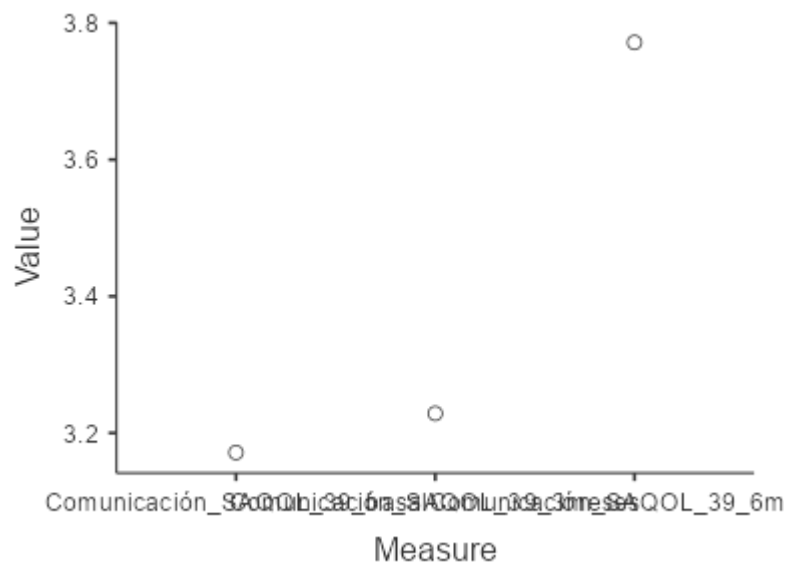


Figura 4. Variable Comunicación (SAQOL-39) en el grupo con terapia desde los 3 a los 6 meses

En las **figuras 5 y 6** se puede observar que el grupo que inicia la terapia en el momento basal hasta los 3 meses no reporta diferencias estadísticamente significativas a pesar de que las puntuaciones aumenten tras los 3 meses, estas además descienden cuando ya no se encuentran en la intervención. Mientras el grupo que inicia la terapia a los 3 meses si reporto diferencias estadísticamente significativas entre los 3 y los 6 meses (*Durbin-Conover*= 3,00, $p=0,017$), coincidiendo con la aplicación de la terapia, y el momento basal y los 6 meses (*Durbin-Conover*= 5,00, $p=0,001$).

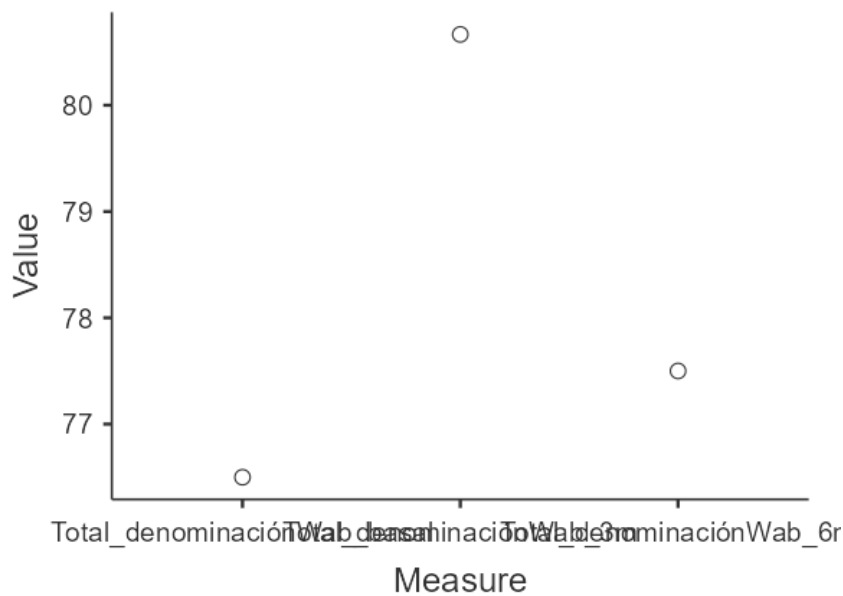


Figura 5. Variable Denominación (WABR-R) en el grupo con terapia desde el momento basal a los 3 meses

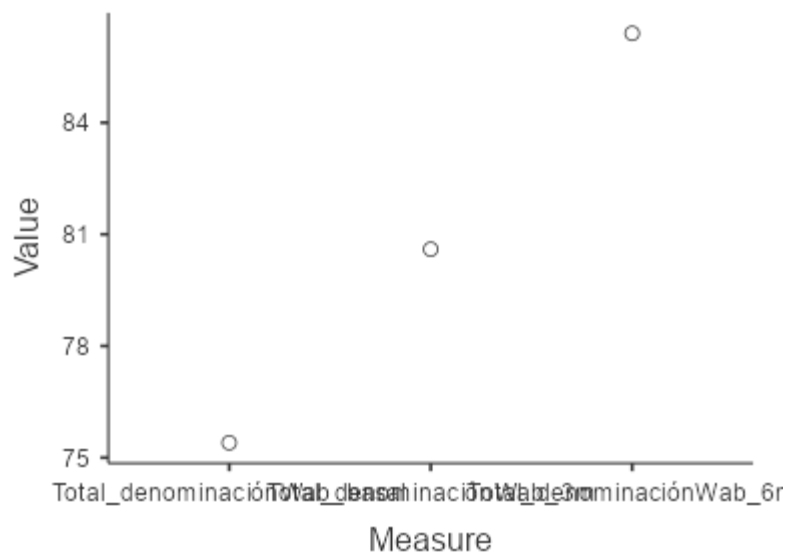


Figura 6. Variable Denominación (WABR-R) en el grupo con terapia desde los 3 a los 6 meses

Finalmente, de las variables que han reportado diferencias estadísticamente significativas en alguno de los dos grupos, las **figuras 7 y 8** muestra cambios en las

puntuaciones en la variable Coeficiente de afasia (WAB-R). El grupo que recibió la terapia en el momento basal hasta los 3 meses si reporto diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=7,00$, $p=0,030$, $W=0,58$) mientras que el grupo que inicio la terapia los 3 meses hasta los 6 meses no ($\chi^2=4,80$, $p=0,091$, $W=0,48$). En este segundo caso, la prueba de Durbin-Conover si reporto diferencias estadísticamente significativas desde el momento basal y los 3 meses (*Durbin-Conover*= 2,35, $p=0,046^*$) y a los 6 meses (*Durbin-Conover*= 2,35, $p=0,046^*$), pero esto no coincide con la intervención recibida. En ambos casos se observa un aumento de las puntuaciones en el momento de encontrarse en la intervención, y en el grupo que recibió esta primero se observa un ligero descenso de las puntuaciones tras dejar de recibir la terapia.

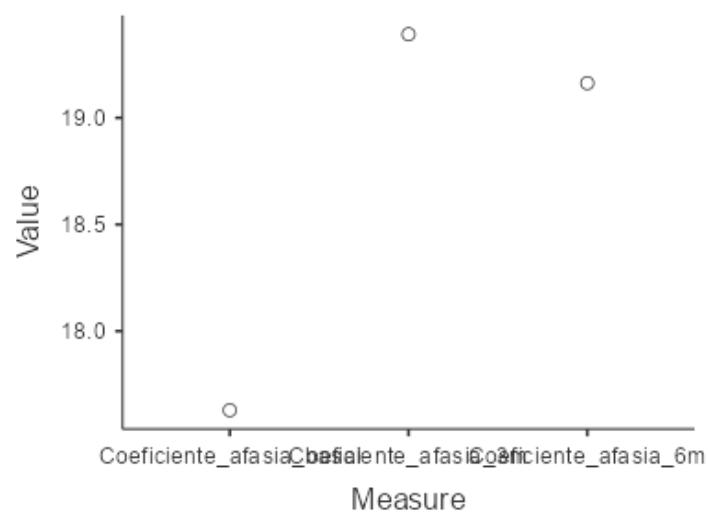


Figura 7. Variable Coeficiente de afasia (WAB-R) en el grupo con terapia desde el momento basal a los 3 meses

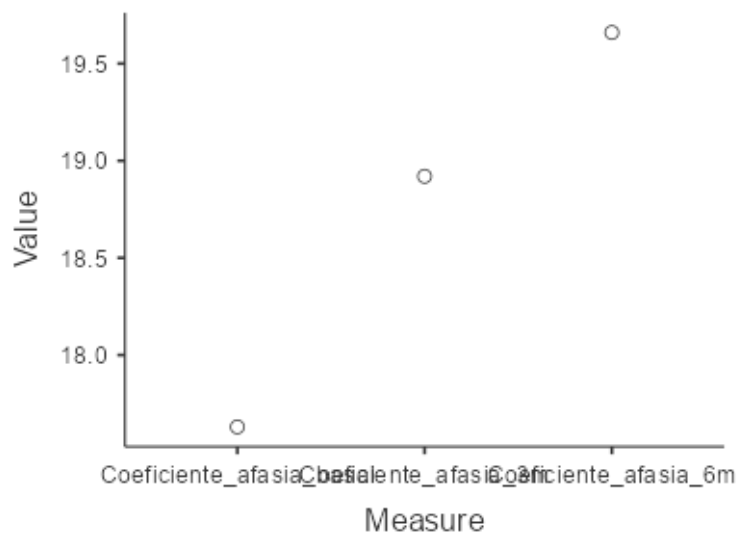


Figura 8. Variable Coeficiente de afasia (WAB-R) en el grupo con terapia desde el momento basal a los 3 meses

En conclusión, los participantes que han participado en el ensayo clínico han obtenido resultados que indican una mejora en algunos aspectos de la comunicación así como en la

percepción de calidad de vida durante la intervención, mientras que en el resto de las áreas no se detectan mejoras tras el paso por el ensayo clínico.

3.2. Análisis del impacto del ensayo clínico en las variables estudiadas respecto a una población sana de referencia (comparación entre población general y población con afasia)

Para el análisis de esta segunda parte de la investigación, la prueba de Shapiro-Wilk (W) y el test de Levene (F) determinaron que aunque algunas de las variables se distribuyeron con normalidad como la percepción de salud ($W=0.772$, $p<.001^{**}$; $W=0.719$, $p<.001^{**}$) y la calidad de vida ($W=0.850$, $p<.001^{**}$; $W=0.863$, $p<.001^{**}$) no cumplieron con el supuesto de homocedasticidad, como se puede observar en la **tabla 6**. Por ello, se optó por el uso de pruebas no paramétricas para el contraste de dichas variables con la variable independiente con/sin afasia.

Tabla 6. Test de normalidad Shapiro-Wilk y Test de Levene

	Población general vs. Población con afasia-basal				Población general vs. Población con afasia-6 meses			
	W	P	F	p	W	P	F	P
CAL	0.98	0.388	1.093	0.299	0.99	0.655	0.97	0.328
GHQ12	0.77	<.001***	0.090	0.765	0.72	<.001***	3.37	0.07
SADQ10	0.97	0.070	0.055	0.816	0.97	0.052	0.43	0.511
SAQOL-39	0.85	<.001***	0.18	0.675	0.86	<.001***	0.019	0.891

Así pues, se realizó la prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre grupos con respecto a la comunicación, depresión, salud general y calidad de vida en la fase basal. Como se refleja en la **tabla 7**, podemos observar que el grupo sin afasia obtuvo puntuaciones significativamente mayores en la subescala “Frecuencia de comunicación” (CAL) (Población sin afasia: $\bar{X}= 64.7$, $\sigma= 8.93$, Población con afasia: $\bar{X}= 54,6$, $\sigma= 8,00$, $U= 158$, $p=0.001$, $d=0,61$), SADQ10 (Población sin afasia: $\bar{X}= 14.5$, $\sigma= 3.86$, Población con afasia: $\bar{X}= 10.5$, $\sigma= 3.72$, $U= 182$, $p=0.004$, $d=0,55$) y SAQOL-39 (Población sin afasia: $\bar{X}= 4.46$, $\sigma= 0.58$, Población con afasia: $\bar{X}= 3.73$, $\sigma= 0.49$, $U= 124$, $p<.001$, $d=0,61$) lo que indica una salud y bienestar mayores en las personas que no tienen afasia. Por otro lado, se obtuvieron puntuaciones mayores en el grupo con afasia en el cuestionario GHQ12 (Población con afasia: $\bar{X}=3.36$, $\sigma=2.91$, Población sin afasia: $\bar{X}=1.77$, $\sigma=2.72$, $U=124$, $p>.004$, $d=0.355$)

respecto al grupo sin afasia ($\bar{X}=1.77$, $\sigma=2.72$), lo que indica una percepción de salud peor en los primeros. Las diferencias obtenidas han reportado tamaños del efecto medios ($d=0.691$, $d=0.547$) incluso más próximos al límite con tamaños del efecto pequeños ($d=0.355$).

Tabla 7. Prueba U de Mann-Whitney y coeficiente de correlación biserial puntual (afasia-basal)

	Descriptivos afasia (basal)	Descriptivos población general	U de Mann- Whitney	P	d
CAL	$\bar{X}=102$ $\sigma=20.3$	$\bar{X}=107$ $\sigma=15.0$	321	0.289	0,20
Subescala frecuencia	$\bar{X}=54,6$ $\sigma=8,00$	$\bar{X}=64.7$ $\sigma=8.93$	158	0.001*	0,61
Subescala calidad	$\bar{X}=47$ $\sigma=13.9$	$\bar{X}=41.9$ $\sigma=6.98$	300	0.178	0,25
SADQ10	$\bar{X}=10.5$ $\sigma=3.72$	$\bar{X}=14.5$ $\sigma=3.86$	182	0.004*	0.55
GHQ12	$\bar{X}=3.36$ $\sigma=2.91$	$\bar{X}=1.77$ $\sigma=2.72$	259	0.046*	0.355
SAQOL_39	$\bar{X}=3.73$ $\sigma=0.49$	$\bar{X}=4.46$ $\sigma=0.58$	124	< .001***	0.691
Subescala física	$\bar{X}=4.14$ $\sigma=0.69$	$\bar{X}=4.67$ $\sigma=0.53$	155.0	< .001***	0,61
Subescala comunicación	$\bar{X}=2.87$ $\sigma=0.78$	$\bar{X}=4.65$ $\sigma=0.56$	26.0	< .001***	0,94
Subescala psicosocial	$\bar{X}=3.70$ $\sigma=0,83$	$\bar{X}=4.17$ $\sigma=0.76$	259.0	0.059	0,36
Subescala vitalidad	$\bar{X}=3,61$ $\sigma=0,90$	$\bar{X}=4,06$ $\sigma=0,97$	255.0	0.051	0,37

Como los cuestionarios CAL y SAQOL-39 se componen de subcategorías, estas también fueron analizadas con el fin de conocer si existían diferencias entre ambos grupos poblacionales. En la **tabla 7**, podemos observar que a pesar de que en los resultados totales del cuestionario CAL no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($U=321$, $p<0.289$, $d=0,20$), sí se observan en la subescala “Frecuencia” ($U=158$, $p=.001$, $d=0,61$) que

además presenta un tamaño del efecto medio, mientras que no se dieron en la escala “Calidad” ($U=300$, $p=0.178$, $d=0,25$). A pesar de obtenerse diferencias estadísticamente significativas en dicha frecuencia, conviene tener en cuenta que se ha obtenido un tamaño del efecto medio ($d=0,61$). Así pues, los datos muestran que la población sin afasia difiere en la frecuencia de veces que se comunica respecto de la población con afasia al inicio del tratamiento, pero en cambio, no ocurre lo mismo con la calidad percibida de la comunicación. En esta misma tabla podemos observar que las escalas que componen el cuestionario SAQOL-39 presentan diferencias estadísticamente significativas en los aspectos relacionados con la movilidad física ($U=155$, $p<.001$, $d=0,61$), obteniéndose tamaño del efecto medio, y la comunicación en general ($U=26$, $p<.001$, $d=0,84$) la cual si obtuvo un tamaño del efecto grande. En resto de las variables no se han producido cambios o estos se encuentran en el límite de la tendencia significativa, indicando que la población sin afasia disfruta de un mejor nivel que la población con afasia al inicio del tratamiento.

En la **tabla 8** se recogen los datos obtenidos tras la aplicación de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney con los resultados obtenidos por la población general y la población con afasia una vez había finalizado la intervención del ensayo clínico, es decir, en el momento temporal de 6 meses. Así, se observan diferencias significativas en la puntuación de la escala SADQ10 (con mayor puntuación de los sujetos procedentes de la población general, presentando un tamaño del efecto medio $d=0,67$) y SAQOL-39 (con mayores puntuaciones obtenidas por la población general, presentando un tamaño del efecto medio $d=0,66$), destacando la presencia de diferencias significativas en las subescalas de comunicación y física (con mayores puntuaciones obtenidas por la población general, obteniéndose tamaños del efecto grandes $d=0,85$ y $d=0,72$). También se presentan diferencias estadísticamente significativas en la subescala de cantidad de comunicación con mayores puntuaciones obtenidas por la población general, presentando un tamaño del efecto medio ($d=0,52$).

Tabla 8. Prueba U de Mann-Whitney y coeficiente de correlación biserial puntual (afasia-6 meses)

	Descriptivos	Descriptivos	U de	P	d
	afasia (6	población	Mann-		
	meses)	general	Whitney		
CAL	$\bar{X}=102$	$\bar{X}=107$	341,5	0,430	0,15
	$\sigma=20,1$	$\sigma=15,0$			
Subescala	$\bar{X}=54,2$	$\bar{X}=64,7$	194,5	0,006*	0,52

frecuencia	$\sigma=12,7$	$\sigma=8,93$			
Subescala	$\bar{X}=48,1$	$\bar{X}=41,9$			
calidad	$\sigma=11,9$	$\sigma=6,98$	281,0	0,111	0,30
SADQ10	$\bar{X}=9,45$	$\bar{X}=14,5$			
	$\sigma=3,27$	$\sigma=3,86$	134,5	<,001***	0,67
GHQ12	$\bar{X}=1,00$	$\bar{X}=1,77$			
	$\sigma=1,25$	$\sigma=2,72$	347,5	0,798	0,048
SAQOL_39	$\bar{X}=3,80$	$\bar{X}=4,46$			
	$\sigma=0,525$	$\sigma=0,58$	138,0	<,001***	0,66
Subescala	$\bar{X}=4,04$	$\bar{X}=4,67$			
física	$\sigma=0,55$	$\sigma=0,53$	112,5	<,001***	0,72
Subescala	$\bar{X}=3,43$	$\bar{X}=4,65$			
comunicación	$\sigma=0,75$	$\sigma=0,56$	59,0	<,001***	0,85
Subescala	$\bar{X}=3,79$	$\bar{X}=4,17$			
psicosocial	$\sigma=0,73$	$\sigma=0,76$	257,0	0,056	0,36
Subescala	$\bar{X}=3,79$	$\bar{X}=4,06$			
vitalidad	$\sigma=0,95$	$\sigma=0,97$	261,0	0,061	0,35

En resumen, los datos obtenidos en este análisis son similares a los datos obtenidos en el análisis anterior, lo que indica que participar en el ensayo clínico no mejora los datos sobre calidad de comunicación, calidad de vida y salud hasta el punto de equipararlos con los datos de la población general sana.

DISCUSIÓN

Análisis de variación interindividual tras la entrevista basal, a los 3 y 6 meses de los participantes de la terapia basada en el doblaje (Proyecto DULCINEA)

Los resultados obtenidos no se pueden extrapolar ya que se han empleado pruebas no paramétricas, pero nos permiten observar que las tendencias de las puntuaciones en algunas de las variables indican la mejora de esos aspectos tras el paso por la intervención.

En primer lugar, en cuanto a la comunicación, los resultados obtenidos en la variable *comunicación* medida por el cuestionario CAL nos indican que no se han reportado diferencias estadísticamente significativas e incluso en sus resultados se observan que las puntuaciones fluctúan, por lo que no podemos deducir ninguna conclusión de los resultados

reportados por este cuestionario en cuanto a los análisis aplicados en el grupo clínico. Si es cierto que las puntuaciones obtenidas tanto por el grupo formado por población general ($\bar{X}=107, \sigma=15,0$) como por el grupo clínico tanto en el momento basal ($\bar{X}=102, \sigma=20,3$) como a los 6 meses ($\bar{X}=102, \sigma=20,1$) han sido muy similares. En cuanto a las subescalas de este cuestionario se hallan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia ($U=158, p=0.001, d=0,61$) mientras que en la calidad de la comunicación no se han reportado diferencias significativas ($U=300, p=0.178, d=0,25$). Esto parece indicar que a pesar de que el grupo con afasia se comunique menos que el grupo de población sana, consiguen expresar sus mensajes de forma satisfactoria.

En cuanto a los cuestionarios recomendados por el consenso ROMA, tales como el BDAE (repetición y comprensión) y el WAB-R (comprensión, denominación y coeficiente afasia), han reportado resultados cuya tendencia permiten observar un aumento de la capacidad comunicativa. Se obtuvieron diferencias significativas en la variable denominación (WAB-R) en el grupo que inicio la intervención a los 3 meses ($\chi^2=7,60, p=0,022, W=0,76$) mientras que el grupo también mejoro sus puntuaciones (aunque no de forma significativa) pero a partir de los 3 meses sus puntuaciones descendieron de nuevo a niveles similares al momento basal. Mientras en la variable Coeficiente de afasia (WAB-R) en el grupo que inicio la terapia en el momento basal hasta los 3 meses ($\chi^2=7,00, p=0,030, W=0,58$) reporto diferencias estadísticamente significativas y mantuvo puntuaciones similares tras los 6 meses. Cabe destacar que en el grupo que inicio la intervención a partir de los 3 meses, se observa un aumento de las puntuaciones durante el intervalo de tiempo en el que no participaron en la intervención, pudiéndose explicar esta mejora a variables ajenas al estudio. A pesar de ello, estos cambios espontáneos no reportaron diferencias estadísticamente significativas mientras que los obtenidos durante el intervalo de la intervención sí. En general, los resultados reportados por estos cuestionarios permiten observar que se producen mejoras en los pacientes tras haber participado en la intervención basada en el doblaje. Estos resultados son coherentes con el obtenido en la subescala *comunicación* de la variable *calidad de vida* (SAQOL-39), ya que ha reportado diferencias significativas en ambos grupos (basal-3 meses: $\chi^2=6,10, p=0,047, W=0,51$, 3 meses-6 meses: $\chi^2=8,32, p=0,016, W=0,83$), observándose un incremento de la puntuación lo que supondría una mejora en la comunicación. Cabe resaltar que el tamaño del efecto obtenido ha sido entre moderado y grande.

Por otra parte, se ha observado una tendencia a descender las en la *percepción de salud* pero no se han hallado diferencias estadísticamente significativas que permitan hablar de estos cambios con seguridad. Únicamente en el grupo que recibió la intervención en el momento basal hasta los 3 meses se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el momento basal y los 6 meses (*Durbin-Conover*= 2,26,*p*= 0,048). Esta misma tendencia la podemos observar en la variable *depresión*, cuyas puntuaciones descienden tras los 6 meses, pudiendo observar la tendencia de la mejora de la sintomatología depresiva, lo que es coherente con los resultados mencionados anteriormente. Estos datos no reportan diferencias significativas que nos permitan hablar con seguridad de una mejora de la sintomatología depresiva y ansiosa tras el paso por la intervención.

Finalmente, en la variable *calidad de vida* se puede hallaron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos tras su paso por la intervención (basal-3 meses: $\chi^2=6,87$, *p*= 0,032, *W*=0,57, 3 meses-6 meses: $\chi^2=6,42$, *p*= 0,040, *W*=0,64), reportando ambos tamaños del efecto de magnitud moderada. En ambos grupos se observan tendencias contrarias tras su paso por la intervención. Mientras que el grupo que participo desde el momento basal hasta los 3 meses reporta un descenso de las puntuaciones lo que supone una peor percepción de la calidad de vida, el grupo que participo a partir de los 3 meses hasta los 6 meses si aumento sus puntuaciones en esta misma variable. Estos resultados pueden verse influidos por diferentes condicionantes externos. Cuando se analizan sus subescalas *física*, *psicosocial* y *vitalidad* observamos resultados que muestra una tendencias diferentes, tanto a aumentar como a descender sus puntuaciones. Esto nos señala que en cuanto a la *subescala vitalidad* a pesar de que su tendencia en ambos grupos cuando se encuentran en la intervención sea un aumento de las medias de las puntuaciones, estos datos no reportan diferencias significativas que nos permitan hablar con seguridad de una mejora de la percepción de vitalidad de los pacientes tras su paso por la intervención. Como se ha mencionado anteriormente, la subescala *comunicación* reporta resultados similares en ambos grupos siendo una mejora de las puntuaciones en ambos grupos tras su paso por la intervención.

En la *subescala psicosocial* también se observa una tendencia a aumentar las puntuaciones durante la intervención pero cuando se encuentran participando en la intervención basada en el doblaje estas puntuaciones descienden. Este descenso de las puntuaciones es compatible con los estudios realizados por Hackett y Anderson (2005) y Dalemans y cols. (2010) quienes señalan que tras un ictus y el desarrollo de un síndrome afásico se produce un aumento del

aislamiento, por lo que, a pesar de parecer que se producen mejoras en la capacidad comunicativa, estas aún no se han visto reflejadas en un descenso de la situación de aislamiento social de los pacientes.

Finalmente en la *subescala física* al ser una intervención que permite la mejora de la habilidad comunicativa, es coherente que las mejoras físicas como en la marcha y el equilibrio no se vean afectadas por lo que es más que probable que la intervención no haya influido en este aspecto y las puntuaciones podrían ser explicadas por otros factores extra terapéuticos. A pesar de ello cabe destacar que en el grupo que se encontró en la intervención en el momento basal hasta los 3 meses, sus puntuaciones descendieron en esta subescala, reportando diferencias estadísticamente significativas entre el momento basal y los 3 meses (*Durbin-Conover*= 2,439, $p= 0,035$) y los 6 meses (*Durbin-Conover*= 2,627, $p= 0,025$).

Análisis de las diferencias entre las variables analizadas entre grupo perteneciente a la población general y el grupo con afasia en el momento basal y a los 6 meses.

Tras la realización del análisis diferencial entre la población sana y la población con afasia antes de iniciar la intervención basada en el doblaje podemos observar que este segundo grupo ha obtenido diferencias entre las medias estadísticamente significativas en algunas de las variables analizadas.

En primer lugar, en la variable *comunicación* se observa que tras la entrevista basal y a los 6 meses no se producen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambos grupos, aunque el grupo de población sana presenta mayor media en el cuestionario CAL que el grupo con afasia. En las subescalas si se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la *cantidad de comunicación*, siendo mayor está en la población general respecto a los participantes con afasia, aunque en análisis anteriores la población con afasia no ha reportado un aumento de la mediana estadísticamente significativo. Estos resultados coinciden con los hallazgos comentados por Hackett y Anderson (2005) y Dalemans y cols. (2010) los cuales señalan una disminución de la cantidad de comunicación tras el desarrollo del síndrome afásico y consecuentemente un aumento del aislamiento social.

Una tendencia que llama la atención es que los participantes con afasia presentan una media mayor en la *subescala calidad* de la comunicación respecto a la población sana, lo que supondría una mejor calidad comunicativa. Una hipótesis a tener en cuenta sería una sobreestimación por parte de los familiares o personas cercanas a los participantes con afasia

(ya que es la que completo el cuestionario CAL) de las habilidades comunicativas ya que al ser cercanos a ellos conocen y tienen una mayor facilidad a la hora de comunicarse con ellos. Otra hipótesis de dicho resultado sea un aumento del aislamiento y descenso de las habilidades sociales (con ella su calidad en la comunicación) por parte de la población general tras la cuarentena provocada por el COVID-19 en marzo de 2020.

En la variable *percepción de salud*, evaluada por el cuestionario GHQ-12, se han analizado la presencia o ausencia de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave de los participantes. En el análisis diferencial antes de iniciar con la terapia basada en el doblaje, la población con afasia ha obtenido una mayor media en esta variable ($\bar{X}=3.36$), indicando una mayor presencia de estos síntomas y una peor percepción de salud respecto a la población general. La diferencia entre ambas medias es significativa pero se encuentra próxima al umbral de significación ($p<0.046$) por lo que también se tiene en cuenta la tendencia de la puntuación y no solo su nivel de significación. Este resultado es coherente respecto a las investigaciones de Hilari y cols. (2012), Bullier y cols. (2019) y Lee y colaboradores (2015) en relación con las dimensiones de angustia y depresión, las cuales señalan una mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y malestar emocional en la población afásica tras un ictus. Tras la realización del análisis con las puntuaciones obtenidas tras 6 meses en la participación de la terapia basada en el doblaje se observa un descenso en la media obtenida por la población con afasia (llegando a ser menor que la de la población general pero sin presentar diferencias estadísticamente significativas). Estos resultados se relacionan con los obtenidos en la primera fase de la investigación, en la cual se observa un descenso estadísticamente significativo en las medianas de todos los participantes tras su paso por la intervención, permitiendo afirmar que se ha producido una mejora de los síntomas somáticos, la ansiedad, la disfunción social y los síntomas de depresión grave en dichos participantes.

Por otro lado, en la variable *depresión* se han hallado diferencias estadísticamente significativas que muestran un mayor nivel de depresión en la población general respecto a la población con afasia. La media de la población general es superior respecto al momento basal y tras los 6 meses de intervención basada en el doblaje. Ambas diferencias de medias entre los grupos se han reportado como estadísticamente significativas, aunque dichos resultados difieren de los hallazgos reportados por los estudios de Ashaie y cols (2019), Baker y cols. (2017) y Camoes-Barbosa y cols (2012) quienes reportaron una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la población superviviente de un ictus respecto a la población

general. Una hipótesis que surge de estos resultados es el aumento de dicha sintomatología depresiva en la población general tras la situación sanitaria producida por el COVID-19 y todas las medidas sanitarias derivadas (mascarillas, aislamientos, cuarentena, ...). Otra hipótesis que se plantea es que dicha prueba ha sido validada de forma específica en población con afasia por lo que su aplicación en población general puede proporcionar datos que no reflejen bien la sintomatología depresiva en una persona sin alteración en el lenguaje. Por último, respecto a esta variable, aunque las medias indiquen una mejora en la sintomatología, estas mejoras no son estadísticamente significativas.

Respecto a la variable *calidad de vida*, se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambos grupos, siendo mayor en la población general respecto a la población con afasia. En el momento basal se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las *subescalas física y comunicación*, siendo menores las medias de la población con afasia. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Hilari y cols. (2012), Bullier y cols. (2019) y Lee y cols. (2015) en relación con la fatiga, la marcha y movilidad y el deterioro del lenguaje (tanto las habilidades de conversación como la escritura). Mientras que los resultados obtenidos tras los 6 meses, las medias obtenidas en ambas subescalas han aumentado, pero este aumento solo ha sido significativo en la *subescala de comunicación*.

A pesar de no obtenerse diferencias significativas, la tendencia de las medias en las *subescalas de vitalidad y psicosocial*. En ambas se observan medias inferiores a las de la población general, estas aunque no sean significativas, estos resultados son compatibles con los resultados reportados en las investigaciones anteriormente comentados. Estas medias a los 6 meses se han visto incrementadas aunque este aumento no han sido estadísticamente significativo como se ha determinado en anteriores análisis.

Puntos fuertes

Esta investigación posee varios puntos fuertes que conviene explicitar. La presencia de un muestra de población sana con la que comparar los resultados obtenidos tanto en el momento basal del ensayo clínico como a los 6 meses han permitido apoyar los resultados de los análisis de la variación interindividual obtenidos. En cuanto al momento basal, esta comparación ha permitido valorar el impacto de la afasia sobre diferentes variables psicológicas como la calidad de vida, estado anímico y la percepción de salud. Por otro lado, los resultados obtenidos tras 6 meses han mostrado una tendencia de los resultados del grupo

con afasia a aproximarse a los obtenidos por el grupo compuesto por individuos pertenecientes a población general.

Sin embargo, aunque se hayan empleado pruebas no paramétricas, las pruebas seleccionadas han permitido que las diferentes situaciones basales de los participantes no influyeran en los resultados posteriores permitiendo obtener resultados más claros sobre la influencia de la intervención que si se hubieran comparado los resultados de los grupos A y B.

Limitaciones

El presente estudio posee varias limitaciones. En primer lugar, la muestra de población tanto con alteración en el lenguaje como sin ella plantea diferentes limitaciones. En cuanto al primer grupo mencionado, en el momento de la realización de los análisis solo 11 participantes había completado los 6 meses de intervención basada en el doblaje por lo que solo se pudo emplear la información de ellos y no de aquellos nuevos participantes que se han ido incorporando en los últimos meses (marzo-junio). Por este motivo a la hora de realizar los análisis de la variación interindividual de cada uno de los participantes en los diferentes momentos del ensayo clínico (basal, 3 meses y 6 meses) se asumieron que los resultados no iban a distribuirse con normalidad, por lo que no se pueden extrapolar a la población, aunque si se han tenido en cuenta las tendencias de estos mismos para conocer de forma genérica como está influyendo la intervención basada en el doblaje en las diferentes variables psicológicas analizadas. Además, tras la aplicación de los diferentes análisis se han observado la posible influencia de factores extra terapéuticos en la tendencia de algunas de las puntuaciones como por ejemplo la mejora de estas mismas desde el momento basal a los 3 meses en el grupo que iniciaba la intervención desde los 3 a los 6 meses.

En lo que respecta al grupo de población sana, una de las limitaciones que han afectado a los análisis ha sido el corto periodo de tiempo en el que estuvo disponible el cuestionario (marzo-abril 2022) y la no recogida de información sobre diferentes variables sociodemográficas como nivel de estudios y socioeconómico, que hubieran permitido realizar una comparación por pares entre individuos pertenecientes a la población sana respecto a la que está afectada por afasia. Otro aspecto que ha influido en los resultados es el impacto de la situación sanitaria provocada por el COVID-19, la cual ha influido en diferentes variables como depresión y ansiedad reportándose un aumento de los síntomas de las mismas en la población general (Llamosas, 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020, Rodríguez-Rey et al., 2020). Esta

influencia se ha intentado reducir a través de diferentes criterios de exclusión como “No encontrarse en tratamiento antidepressivo”, a pesar de ello en los resultados se ha observado niveles superiores en la población sana, lo que abre el debate de cómo ha sido el impacto de esta situación sanitaria en la población general.

Otro aspecto que ha influido es que a pesar de seguir la directrices del consenso de ROMA, algunos de los cuestionarios nos están adaptados a la población española como el *Communicative Active Log (CAL)* por lo que a pesar de estar traducido por dos personas bilingües (Kim et al., 2015), esta no adaptación ha podido influir en los resultados. Por otro lado, la aplicación de cuestionarios adaptados a población con afasia a población general, como el caso del *Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ-10)* y el *Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39)*, al ser cuestionarios que atienden a las necesidades de la población con afasia (como la presencia de síntomas depresivos, aislamiento social, afectación de la movilidad, ...) puede que los resultados de la población general reporten resultados que no sean representativos.

CONCLUSIÓN

La presente investigación permite concluir que la intervención clínica parece satisfactoria en una muestra reducida ya que ha producido cambios significativos en la percepción de la calidad de vida (SAQOL-39) (basal-3 meses: $\chi^2=6,87$, $p=0,032$, $W=0,57$, 3 meses-6 meses: $\chi^2=6,42$, $p=0,040$, $W=0,64$) y las habilidades comunicativas (SAQOL-39 Comunicación: basal-3 meses: $\chi^2=6,10$, $p=0,047$, $W=0,51$, 3 meses-6 meses: $\chi^2=8,32$, $p=0,016$, $W=0,83$; WAB-R coeficiente de afasia grupo basal-3 meses: $\chi^2=7,00$, $p=0,030$, $W=0,58$; WAB-R denominación grupo 3-6 meses: $\chi^2=7,60$, $p=0,022$, $W=0,76$). Los resultados obtenidos han reportado magnitudes del tamaño del efecto medias e incluso grandes.

A pesar de que en el resto de las variables no se hayan reportado diferencias estadísticamente significativas, se observa una tendencia en la mejora de la sintomatología ansiosos-depresiva y calidad de vida, si bien no llegan a alcanzar las puntuaciones en las mismas variables de la población sana.

Finalmente, se puede concluir que la intervención basada en el doblaje es novedosa en cuanto a la apuesta por la adaptación de contenidos audiovisuales a un marco realista y próximo a los sujetos que iban a someterse a dicha intervención como en el empleo de

técnicas de doblaje para la rehabilitación del habla. A pesar de encontrarse en un momento inicial, dicha intervención reporta resultados prometedores tanto en la rehabilitación de la comunicación funcional y útiles en las ABVD como en la tendencia a mejora de los resultados de otras variables como la percepción de salud y calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, F. (2020). Global aphasia and the language of thought. *THEORIA. An International Journal For Theory, History And Foundations Of Science*, 35(1), 9. <https://doi.org/10.1387/theoria.20430>
- Ahmadi, A., Tohidast, S., Mansuri, B., Kamali, M., y Krishnan, G. (2017). Acceptability, reliability, and validity of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) across languages: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 31(9), 1201-1214. <https://doi.org/10.1177/0269215517690017>
- Appelros, P., Matérne, M., Jarl, G., y Arvidsson-Lindvall, M. (2021). Comorbidity in Stroke-Survivors: Prevalence and Associations with Functional Outcomes and Health. *Journal Of Stroke And Cerebrovascular Diseases*, 30(10), 106000. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106000>
- Ardila, A. (2006). *Las afasias*. Department of Communication Sciences and Disorders, Florida International University.
- Ardila, A. (2010). A proposed reinterpretation and reclassification of aphasic syndromes. *Aphasiology*, 24(3), 363-394. <https://doi.org/10.1080/02687030802553704>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164
- Ashaie, S., Hurwitz, R., y Cherney, L. (2019). Depression and Subthreshold Depression in Stroke-Related Aphasia. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 100(7), 1294-1299. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.01.024>
- Attard, M., Rose, M., y Lanyon, L. (2013). The comparative effects of Multi-Modality Aphasia Therapy and Constraint-Induced Aphasia Therapy-Plus for severe chronic

- Broca's aphasia: An in-depth pilot study. *Aphasiology*, 27(1), 80-111. <https://doi.org/10.1080/02687038.2012.725242>
- Baker, C., Worrall, L., Rose, M., Hudson, K., Ryan, B., y O'Byrne, L. (2017). A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 40(16), 1870–1892. doi:10.1080/09638288.2017.1315181
- Beeson, P., y Robey, R. (2006). Evaluating Single-Subject Treatment Research: Lessons Learned from the Aphasia Literature. *Neuropsychology Review*, 16(4), 161-169. <https://doi.org/10.1007/s11065-006-9013-7>
- Belgen, B., Beninato, M., Sullivan, P. E., y Narielwalla, K. (2006). The Association of Balance Capacity and Falls Self-Efficacy With History of Falling in Community-Dwelling People With Chronic Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(4), 554–561. doi:10.1016/j.apmr.2005.12.027
- Berthier, M. L., Casares, N. G., y Dávila, G. (2011). Afasias y trastornos del habla. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(74), 5035-5041. [https://doi.org/10.1016/s0304-5412\(11\)70049-x](https://doi.org/10.1016/s0304-5412(11)70049-x)
- Berthier, M. L., Green Heredia, C., Juárez Ruiz de Mier, R., Lara, J. P. y Pulvermüller, F. (2014). *REGIA. Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia*. TEA Ediciones.
- Bilda, K. (2010). Video-based conversational script training for aphasia: A therapy study. *Aphasiology*, 25(2), 191–201. doi:10.1080/02687031003798254
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., y Enderby, P. (2012). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub3>.
- Brady, M., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., y Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000425.pub4>
- Bullier, B., Cassoudealle, H., Villain, M., Cogné, M., Mollo, C., y De Gabory, I. et al. (2020). New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals Of Physical And Rehabilitation Medicine*, 63(1), 33-37. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.06.015>

- Camoes-Barbosa, A., Sequeira-Medeiros, L., Duarte, N., Morais, J., Mendes, M., y Meneses, C. (2012). Afasia y depresión post-ictus: una relación predictiva. *Rehabilitación*, 46(1), 36–40. doi:10.1016/j.rh.2011.11.001
- Cherney, L. R., y Small, S. L. (2009). Aphasia, apraxia of speech, and dysarthria. En J. Stein (Ed.), *Stroke recovery and rehabilitation*, (pp. 155-181). Demos Medical Publishing.
- Cobley, C., Thomas, S., Lincoln, N., y Walker, M. (2011). The assessment of low mood in stroke patients with aphasia: reliability and validity of the 10-item Hospital version of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQH-10). *Clinical Rehabilitation*, 26(4), 372-381. <https://doi.org/10.1177/0269215511422388>
- Conklyn, D., Novak, E., Boissy, A., Bethoux, F., y Chemali, K. (2012). The Effects of Modified Melodic Intonation Therapy on Nonfluent Aphasia: A Pilot Study. *Journal Of Speech, Language, And Hearing Research*, 55(5), 1463-1471. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2012/11-0105\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012/11-0105))
- Dalemans, R., De Witte, L., Beurskens, A., Van Den Heuvel, W., y Wade, D. (2010). An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability And Rehabilitation*, 32(20), 1678-1685. <https://doi.org/10.3109/09638281003649938>
- Díaz Guzmán, J., Egido Herrero, J., Fuentes Gimeno, B., Fernández Pérez, C., Gabriel Sánchez, R., y Barberà, G. et al. (2009). Incidencia de ictus en España: estudio Iberictus. Datos del estudio piloto. *Revista De Neurología*, 48(02), 61. <https://doi.org/10.33588/rn.4802.2008577>
- Espárrago Llorca, G., Castilla-Guerra, L., Fernández Moreno, M., Ruiz Doblado, S., y Jiménez Hernández, M. (2015). Depresión post ictus: una actualización. *Neurología*, 30(1), 23-31. doi: 10.1016/j.nrl.2012.06.008
- Federación Española de Daño Cerebral (2019). Guía de Familias de personas con Daño Cerebral Adquirido (4th ed.). https://fedace.org/index.php?yPHPSESSID=0pqau8ivjo7o9n694tdlcdcqmpyV_dir=MSCyV_mod=downloadyf=2020-1/14-13-20-36.admin.FEDACE_GuiadeFamilias_2019.pdf
- Fuentes, B., de la Fuente-Gómez, L., Sempere-Iborra, C., Delgado-Fernández, C., Tarifa-Rodríguez, A., y Alonso de Leciñana, M. et al. (2022). DUBbing Language-therapy CINema-based in Aphasia post-Stroke (DULCINEA): study protocol for a

- randomized crossover pilot trial. *Trials*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05956-5>
- Gabaldón, L., Fuentes, B., Frank-García, A., y Díez-Tejedor, E. (2007). Poststroke Depression: Importance of Its Detection and Treatment. *Cerebrovascular Diseases*, 24(1), 181-188. doi: 10.1159/000107394
- García-Albea, J. E., Sánchez Bernardos, M. L., y Del Viso, S. (1996). *Test de Boston para el diagnóstico de la afasia: adaptación española*. Editorial Medica Panamericana.
- Goldberg, D.P., y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
- González, B. (2014). Alteraciones visuales, atencionales y perceptivas después de un daño cerebral adquirido: aportaciones desde la neuropsicología. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 64, 46-61
- González, R., y Hornauer-Hughes, A. (2014a). Cerebro y lenguaje. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25(1), 143–153.
- González, R., y Hornauer-Hughes, A. (2014b). Afasia: una perspectiva clínica. *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 25, 291-308.
- Goodglass, H., Kaplan, E., García-Albea, J., y Sánchez Bernardos, M. (1986). *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. Editorial Médica Panamericana.
- Greener, J., Enderby, P., y Whurr, R. (2000). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Hacker, V., Stark, D., y Thomas, S. (2010). Validation of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire using the brief assessment schedule depression cards in an acute stroke sample. *British Journal Of Clinical Psychology*, 49(1), 123-127. <https://doi.org/10.1348/014466509x467440>
- Hackett, M. L., y Anderson, C. S. (2005). Predictors of Depression after Stroke: A Systematic Review of Observational Studies. *Stroke*, 36(10), 2296–2301. doi:10.1161/01.str.0000183622.75135.a4
- Haro-Martínez, A., Lubrini, G., Madero-Jarabo, R., Díez-Tejedor, E., y Fuentes, B. (2018). Melodic intonation therapy in post-stroke nonfluent aphasia: a randomized pilot trial. *Clinical Rehabilitation*, 33(1), 44-53. <https://doi.org/10.1177/0269215518791004>

- Haro-Martínez, A., Pérez-Araujo, C., Sanchez-Caro, J., Fuentes, B., y Díez-Tejedor, E. (2021). Melodic Intonation Therapy for Post-stroke Non-fluent Aphasia: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers In Neurology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.700115>
- Helm-Estabrooks, N., y Albert, M. L. (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*. Médica Panamericana.
- Hilari, K., Needle, J. J., y 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), S86–S95.e4. doi:10.1016/j.apmr.2011.05.028
- Hilari, K., y Byng, S. (2001). Measuring Quality of Life in People with Aphasia: The Stroke Specific Quality of Life Scale. *International Journal of Language y Communication Disorders*, 36(s1), 86–91. doi:10.3109/13682820109177864
- Hubbard, H., Nelson, L., y Richardson, J. (2019). Can Script Training Improve Narrative and Conversation in Aphasia across Etiology? *Seminars In Speech And Language*, 41(01), 099-124. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3401030>
- Instituto Nacional de Estadística (26 de abril del 2021). *Encuesta Europea de Salud 2020. Estado de salud: Cifras relativas* [Fichero de datos]. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2019/p04/10/yfile=02013.pxyL=0>
- Jacobsen, B. K., Hasvold, T., Høyer, G., y Hansen, V. (1995). The General Health Questionnaire: how many items are really necessary in population surveys? *Psychological Medicine*, 25(05), 957. doi:10.1017/s0033291700037442
- James, S., Abate, D., Abate, K., Abay, S., Abbafati, C., y Abbasi, N. et al. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32279-7)
- Jonsson, A. (2006). Prevalence and intensity of pain after stroke: a population-based study focusing on patients' perspectives. *Journal of Neurology, Neurosurgery y Psychiatry*, 77(5), 590–595. doi:10.1136/jnnp.2005.079145

- Kaye, R., y Cherney, L. (2016). Script Templates. *Topics In Language Disorders*, 36(2), 136-153. doi: 10.1097/tld.0000000000000086
- Kertesz, A. (2006). *Western Aphasia Battery--Revised (WAB-R)* [Database record]. APA PsycTests.
- Kertesz, A. (2007) *Western Aphasia Battery-Revised Examiner's Manual*. Pearson Education
- Kim, D., Pyun, S., Kim, E., Ryu, B., Choi, T., y Pulvermüller, F. (2015). Reliability and validity of the Korean version of the Communicative Activity Log (CAL). *Aphasiology*, 30(1), 96-105. doi: 10.1080/02687038.2015.1064084
- Kouwenhoven, S., Kirkevold, M., Engedal, K., y Kim, H. (2010). Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. *Disability And Rehabilitation*, 33(7), 539-556. doi: 10.3109/09638288.2010.505997
- Kutlubaev, M. y Hackett, M. (2014). Part II: Predictors of Depression after Stroke and Impact of Depression on Stroke Outcome: An Updated Systematic Review of Observational Studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1026–1036. doi:10.1111/ijss.12356
- Lata-Caneda, M. C., Piñeiro-Temprano, M., García-Fraga, I., García-Armesto, I., Barrueco-Egido, J. R., y Meijide-Failde, R. (2009). Spanish adaptation of the stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39). *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 45(3), 379-384.
- Laures-Gore, J., Farina, M., Moore, E., y Russell, S. (2016). Stress and depression scales in aphasia: relation between the aphasia depression rating scale, stroke aphasia depression questionnaire-10, and the perceived stress scale. *Topics In Stroke Rehabilitation*, 24(2), 114-118. doi: 10.1080/10749357.2016.1198528
- Lee, H., Lee, Y., Choi, H., y Pyun, S. (2015). Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke. *Yonsei Medical Journal*, 56(6), 1694. doi: 10.3349/ymj.2015.56.6.1694
- Llamosas-Falcón, L. (2020) Secuelas a largo plazo de COVID-19. *Revista Española de Salud Pública*, 94 (1), 1-4.
- Ministerio de Sanidad y política Social (2009) Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud.

<https://www.google.com/url?sa=tyrct=jyq=yesrc=sysource=webycd=ycad=rjayuact=8yved=2ahUKEwjPyLTa0pL0AhWKSbQKHQivBI0QFnoECAgQAQyurl=https%3A%2F%2Fwww.mscbs.gob.es%2Forganizacion%2Fsns%2FplanCalidadSNS%2Fdocs%2FEstrategiaIctusSNS.pdfyusg=AOvVaw0ob-EXI7aih1n9CiS--f19>

- Mitchell, A., Sheth, B., Gill, J., Yadegarfar, M., Stubbs, B., Yadegarfar, M., y Meader, N. (2017). Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *General Hospital Psychiatry*, 47, 48-60. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2017.04.001
- Monsegny, A. M. C., Echeverri, C. C., y 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.
- Nickels, L., y Osborne, A. (2016). Constraint Induced Aphasia Therapy: Volunteer-led, unconstrained and less intense delivery can be effective. *Neurorehabilitation*, 39(1), 97-109. doi: 10.3233/nre-161341
- Norton, A., Zipse, L., Marchina, S., y Schlaug, G. (2009). Melodic Intonation Therapy. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1169(1), 431-436. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04859.x
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., y Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(4). doi: 10.1590/0102-311x00054020
- Pulvermüller, F., Mohr, B., y Taub, E. (2016). Constraint-Induced Aphasia Therapy. *Neurobiology Of Language*, 1025-1034. doi: 10.1016/b978-0-12-407794-2.00082-1
- Pulvermüller, F., Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., y Taub, E. (2001). Constraint-Induced Therapy of Chronic Aphasia After Stroke. *Stroke*, 32(7), 1621-1626. doi: 10.1161/01.str.32.7.1621
- Quezada, M. (2020) *La realidad del daño cerebral situación y necesidades de las personas con daño cerebral en España*. FEDACE. https://fedace.org/index.php?yPHPSESSID=4ivo5o3blnncpg1j135vtriuo9yV_dir=MSCyV_mod=downloadyf=2021-2/4-10-25-55.admin.Estudio_La_realidad_del_Da_ñtildeo_Cerebral.pdf

- Quezada, M., Huete, A., y Bascones, L. (2017). *Las personas con daño cerebral en España: DC en cifras*. FEDACE. https://fedace.org/index.php?yPHPSESSID=4ivo5o3blnncpg1j135vtriuo9yV_dir=MSCyV_mod=downloadyf=2021-7/26-14-8-27.admin.Las_personas_con_Dao_Cerebral_en_Espaa.pdf
- Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. (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.
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., y Collado, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors during the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic among the General Population in Spain. *SSRN Electronic Journal*. doi: 10.2139/ssrn.3623949
- Rofes, A., Capasso, R., y Miceli, G. (2015). Verb production tasks in the measurement of communicative abilities in aphasia. *Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology*, *37*(5), 483-502. doi: 10.1080/13803395.2015.1025709
- Rose, M., Attard, M., Mok, Z., Lanyon, L., y Foster, A. (2013). Multi-modality aphasia therapy is as efficacious as a constraint-induced aphasia therapy for chronic aphasia: A phase 1 study. *Aphasiology*, *27*(8), 938-971. doi: 10.1080/02687038.2013.810329
- Rose, M., Mok, Z., Carragher, M., Katthagen, S., y Attard, M. (2015). Comparing multi-modality and constraint-induced treatment for aphasia: a preliminary investigation of generalisation to discourse. *Aphasiology*, *30*(6), 678-698. doi: 10.1080/02687038.2015.1100706
- Rose, M., y Attard, M. (2011) *Multi-modality aphasia therapy (M-MAT): A procedural manual*. La Trobe University.
- Ross, K., y Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, *17*(4), 355–364. doi:10.1080/02687030244000716
- Sackley, C., Hoppitt, T., y Cardoso, K. (2006). An investigation into the utility of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ) in care home settings. *Clinical Rehabilitation*, *20*(7), 598-602. <https://doi.org/10.1191/0269215506cr968oa>

- 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.
- Sennfält, S., Pihlsgård, M., Petersson, J., Norrving, B., y Ullberg, T. (2019). Long-term outcome after ischemic stroke in relation to comorbidity – An observational study from the Swedish Stroke Register (Riksstroke). *European Stroke Journal*, 5(1), 36–46. doi:10.1177/2396987319883154
- Shewan, C., y Kertesz, A. (1980). Reliability and Validity Characteristics of the Western Aphasia Battery (WAB). *Journal Of Speech And Hearing Disorders*, 45(3), 308-324. doi: 10.1044/jshd.4503.308
- Spreen, O., y Risser, A. H. (2003). *Assessment of aphasia*. Oxford University Press.
- Stephens, M. (2017). The Effectiveness of Speech and Language Therapy for Poststroke Aphasia. *AJN, American Journal Of Nursing*, 117(11), 19. doi: 10.1097/01.naj.0000526741.00314.d9
- Stevens, E., Emmett, E., Wang, Y., McKevitt, C., y Wolfe, C. (2017). The Burden of Stroke in Europe. *Stroke Alliance for Europe*. [Http://strokeeurope.eu/](http://strokeeurope.eu/)
- Sutcliffe, L., y Lincoln, N. (1998). The assessment of depression in aphasic stroke patients: the development of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire. *Clinical Rehabilitation*, 12(6), 506-513. <https://doi.org/10.1191/026921598672167702>
- Tomczak, M., y Tomczak, E. (2014). The need to report effect size estimates revisited. An overview of some recommended measures of effect size. *Trends in sport sciences*, 1(21), 19-25.
- Townend, E., Brady, M., y McLaughlan, K. (2007). A Systematic Evaluation of the Adaptation of Depression Diagnostic Methods for Stroke Survivors Who Have Aphasia. *Stroke*, 38(11), 3076–3083. doi:10.1161/strokeaha.107.484238
- Townend, E., Brady, M., y McLaughlan, K. (2007). Exclusion and Inclusion Criteria for People with Aphasia in Studies of Depression after Stroke: A Systematic Review and Future Recommendations. *Neuroepidemiology*, 29(1-2), 1-17. <https://doi.org/10.1159/000108913>

- Van de Port, I. G. L., Kwakkel, G., Schepers, V. P. M., Heinemans, C. T. I., y Lindeman, E. (2006). Is Fatigue an Independent Factor Associated with Activities of Daily Living, Instrumental Activities of Daily Living and Health-Related Quality of Life in Chronic Stroke? *Cerebrovascular Diseases*, 23(1), 40–45. doi:10.1159/000095757
- Villodre, R., y Morant, A. (2010). Intervención multidisciplinar en afasias. *Instituto de Neuro-Rehabilitación y Afasia*, 1, 192–206.
- Wafa, H., Wolfe, C., Emmett, E., Roth, G., Johnson, C., y Wang, Y. (2020). Burden of Stroke in Europe. *Stroke*, 51(8), 2418-2427. doi: 10.1161/strokeaha.120.029606
- Wallace, S., Worrall, L., Rose, T., Le Dorze, G., Breitenstein, C., y Hilari, K. et al. (2018). A core outcome set for aphasia treatment research: The ROMA consensus statement. *International Journal of Stroke*, 14(2), 180-185. <https://doi.org/10.1177/1747493018806200>
- World Health Organization Quality of Life Group (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- Yu, Z., Jiang, S., Jia, Z., Xiao, H., y Zhou, M. (2017). Study on Language Rehabilitation for Aphasia. *Chinese Medical Journal*, 130(12), 1491-1497. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.207465>
- Zhang, J., Yu, J., Bao, Y., Xie, Q., Xu, Y., Zhang, J., y Wang, P. (2017) Constraint-induced aphasia therapy in post-stroke aphasia rehabilitation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 12(8). doi:10.1371/journal.pone.0183349

ANEXO 1

<p>1A ¿Con qué frecuencia el paciente se comunica con sus familiares o amigos? Raramente a veces [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> [Valor: 2 puntos] <input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1B ¿Cómo se comunica el paciente con sus familiares o amigos? Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> menores [Valor: 2 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>2A ¿Con qué frecuencia el paciente se comunica cuando de amigos o familiares? Raramente a veces [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> [Valor: 2 puntos] está con un grupo <input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>2B ¿Cómo se comunica el paciente cuando está con un familiares? Con problemas Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> menores [Valor: 2 puntos] grupo de amigos o <input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>3A ¿Con qué frecuencia el paciente se comunica con personas extrañas? Raramente a veces [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> [Valor: 2 puntos] <input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>

<p>3B ¿Cómo se comunica el paciente con personas extrañas?</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> Con problemas menores [Valor: 2 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>4A ¿Con qué frecuencia el paciente se comunica cuando de personas que no conoce? A veces [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> [Valor: 2 puntos] está con un grupo <input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>4B ¿Cómo se comunica el paciente cuando está con un grupo de personas que no conoce? Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> Con problemas menores [Valor: 2 puntos] grupo de personas <input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>5A ¿Con qué frecuencia el paciente se comunica en o cinas, Raramente públicas (correo, supermercado)? A veces [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> [Valor: 2 puntos] tiendas, instituciones <input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>5B ¿Cómo se comunica el paciente cuando está en o cinas, Con instituciones públicas (correo, supermercado)? Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> problemas menores [Valor: 2 puntos] tiendas, <input type="radio"/> 3 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>

6A ¿Con qué frecuencia el paciente habla por teléfono?

- Nunca [Valor: 0 puntos]
- Casi nunca [Valor: 1 puntos]
- Raramente [Valor: 2 puntos]
- A veces [Valor: 3 puntos]
- Frecuentemente [Valor: 4 puntos]
- Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos]

reset

6B ¿Cómo se comunica el paciente cuando habla por teléfono? Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]

- Nunca [Valor: 0 puntos]
- Con problemas graves [Valor: 1 puntos]
- menores [Valor: 2 puntos]
- Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos]
- Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos]

reset

7A ¿Con qué frecuencia el paciente oye las noticias en la radio o en la televisión? A veces [Valor: 3 puntos]

- Nunca [Valor: 0 puntos]
- Casi nunca [Valor: 1 puntos]
- [Valor: 2 puntos]
- Frecuentemente [Valor: 4 puntos]
- Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos]

reset

7B ¿El paciente comprende las noticias de la radio o de la televisión? Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]

- Nunca [Valor: 0 puntos]
- Con problemas graves [Valor: 1 puntos]
- menores [Valor: 2 puntos]
- Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos]
- Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos]

reset

8A ¿Con qué frecuencia el paciente lee el periódico?

- Nunca [Valor: 0 puntos]
- Casi nunca [Valor: 1 puntos]
- Raramente [Valor: 2 puntos]
- A veces [Valor: 3 puntos]
- Frecuentemente [Valor: 4 puntos]
- Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos]

reset

8B ¿El paciente comprende el contenido de un artículo del periódico? Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]

- Nunca [Valor: 0 puntos]
 - Con problemas graves [Valor: 1 puntos]
 - problemas menores [Valor: 2 puntos]
 - Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos]
 - Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos]
- reset

9A ¿Con qué frecuencia el paciente escribe pequeñas notas?

- Nunca [Valor: 0 puntos]
 - Casi nunca [Valor: 1 puntos]
 - Raramente [Valor: 2 puntos]
 - A veces [Valor: 3 puntos]
 - Frecuentemente [Valor: 4 puntos]
 - Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos]
- reset

9B ¿Cómo el paciente escribe pequeñas notas?

- Nunca [Valor: 0 puntos]
 - Con problemas graves [Valor: 1 puntos]
 - Con problemas menores [Valor: 2 puntos]
 - Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]
 - Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos]
 - Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos]
- reset

10 A ¿Con qué frecuencia el paciente resuelve problemas matemáticos simples? Raramente A veces [Valor: 3 puntos]

- Nunca [Valor: 0 puntos]
 - Casi nunca [Valor: 1 puntos]
 - [Valor: 2 puntos]
 - Frecuentemente [Valor: 4 puntos]
 - Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos]
- reset

10 B ¿Cómo resuelve el paciente problemas matemáticos simples? Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]

- Nunca [Valor: 0 puntos]
 - Con problemas graves [Valor: 1 puntos]
 - menores [Valor: 2 puntos]
 - Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos]
 - Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos]
- reset

<p>11 A ¿Con qué frecuencia el paciente se comunica cuando Raramente está estresado? A veces [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> [Valor: 2 puntos] <input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>11 B ¿Cómo se comunica el paciente cuando está estresado?</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> Con problemas menores [Valor: 2 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>12 A ¿Con qué frecuencia el paciente se comunica cuando Raramente bajo la in uencia del estrés? A veces [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> [Valor: 2 puntos] está relajado y no <input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>12 B ¿Cómo se comunica el paciente cuando está relajado y Con in uencia del estrés? Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> problemas menores [Valor: 2 puntos] no bajo la <input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>13 A ¿Con qué frecuencia el paciente se comunica cuando Raramente está cansado? A veces [Valor: 3 puntos]</p>	<p> <input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> [Valor: 2 puntos] <input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos] </p> <p style="text-align: right;">reset</p>

13 B ¿Cómo se comunica el paciente cuando está cansado?	<input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> Con problemas menores [Valor: 2 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos] reset
14 A ¿Con qué frecuencia el paciente hace comentarios Raramente han ocurrido? A veces [Valor: 3 puntos]	<input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> [Valor: 2 puntos] acerca de cosas que <input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos] reset
14 B ¿Cómo cuenta el paciente las cosas que han ocurrido?	<input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> Con problemas menores [Valor: 2 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos] reset
15 A ¿Con qué frecuencia el paciente hace preguntas?	<input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> Raramente [Valor: 2 puntos] <input type="radio"/> A veces [Valor: 3 puntos] <input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos] reset
15 B ¿Cómo hace preguntas el paciente?	<input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos] <input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos] <input type="radio"/> Con problemas menores [Valor: 2 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos] <input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos] <input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos] reset

<p>16 A ¿Con qué frecuencia el paciente responde a preguntas hechas por otras personas? A veces [Valor: 3 puntos]</p> <p>Raramente</p>	<p><input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos]</p> <p><input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos]</p> <p><input type="radio"/> [Valor: 2 puntos]</p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos]</p> <p><input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos]</p> <p>reset</p>
<p>16 B ¿Cómo responde el paciente a preguntas hechas por otras personas? Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]</p> <p>Con problemas</p>	<p><input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos]</p> <p><input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos]</p> <p><input type="radio"/> menores [Valor: 2 puntos]</p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos]</p> <p><input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos]</p> <p>reset</p>
<p>17 A ¿Con qué frecuencia el paciente expresa verbalmente críticas o se queja? A veces [Valor: 3 puntos]</p> <p>Raramente</p>	<p><input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos]</p> <p><input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos]</p> <p><input type="radio"/> [Valor: 2 puntos]</p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos]</p> <p><input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos]</p> <p>reset</p>
<p>17 B ¿Cómo el paciente expresa verbalmente críticas o se queja? Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]</p> <p>Con problemas</p>	<p><input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos]</p> <p><input type="radio"/> Con problemas graves [Valor: 1 puntos]</p> <p><input type="radio"/> menores [Valor: 2 puntos]</p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos]</p> <p><input type="radio"/> Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos]</p> <p>reset</p>
<p>18 A ¿Con qué frecuencia el paciente responde verbalmente a las críticas? A veces [Valor: 3 puntos]</p> <p>Raramente</p>	<p><input type="radio"/> Nunca [Valor: 0 puntos]</p> <p><input type="radio"/> Casi nunca [Valor: 1 puntos]</p> <p><input type="radio"/> [Valor: 2 puntos]</p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> Frecuentemente [Valor: 4 puntos]</p> <p><input type="radio"/> Muy frecuentemente [Valor: 5 puntos]</p> <p>reset</p>

18 B ¿Cómo el paciente responde verbalmente a las críticas Con o se queja? Bien a nivel básico [Valor: 3 puntos]

- Nunca [Valor: 0 puntos]
- Con problemas graves [Valor: 1 puntos]
- problemas menores [Valor: 2 puntos]
- Bien a nivel moderado [Valor: 4 puntos]
- Extraordinariamente bien [Valor: 5 puntos]

[reset](#)

ANEXO 2

GHQ-12

Nos gustaría saber si Vd. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Vd. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?
 0. Mejor que lo habitual.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Menos que lo habitual.
 3. Mucho menos que lo habitual.
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?
 0. No, en absoluto.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Más que lo habitual.
 3. Mucho más que lo habitual.
3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
 0. Más que lo habitual.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Menos que lo habitual.
 3. Mucho menos que lo habitual.
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
 0. Más capaz que lo habitual.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Menos capaz que lo habitual.

- ___ 3. Mucho menos capaz que lo habitual.
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?
- ___ 0. No, en absoluto.
- ___ 1. Igual que lo habitual.
- ___ 2. Más que lo habitual.
- ___ 3. Mucho más que lo habitual.
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?
- ___ 0. No, en absoluto.
- ___ 1. Igual que lo habitual.
- ___ 2. Más que lo habitual.
- ___ 3. Mucho más que lo habitual.
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
- ___ 0. Más que lo habitual.
- ___ 1. Igual que lo habitual.
- ___ 2. Menos que lo habitual.
- ___ 3. Mucho menos que lo habitual.
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?
- ___ 0. Más capaz que lo habitual.
- ___ 1. Igual que lo habitual.
- ___ 2. Menos capaz que lo habitual.
- ___ 3. Mucho menos capaz que lo habitual.
9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?
- ___ 0. No, en absoluto.
- ___ 1. No más que lo habitual.
- ___ 2. Más que lo habitual.

___ 3. Mucho más que lo habitual.

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

___ 0. No, en absoluto.

___ 1. No más que lo habitual.

___ 2. Más que lo habitual.

___ 3. Mucho más que lo habitual.

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

___ 0. No, en absoluto.

___ 1. No más que lo habitual.

___ 2. Más que lo habitual.

___ 3. Mucho más que lo habitual.

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

___ 0. Más feliz que lo habitual.

___ 1. Igual que lo habitual.

___ 2. Menos feliz que lo habitual.

___ 3. Mucho menos feliz que lo habitual.

ANEXO 3

SADQ10

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON AFASIA POR ICTUS (SADQ10) VERSIÓN COMUNITARIA

	CASI SIEMPRE (3)	A VECES (2)	RARA VEZ (1)	NUNCA (0)
1. ¿Tiene episodios de llanto?				
2. ¿Está inquieto por las noches o pasa malas noches?				
3. ¿Evita el contacto visual cuando habla con él/ella?				
4. ¿Rompe a llorar?				
5. ¿Se queja de alguna molestia o dolor?				
	CASI SIEMPRE (3)	A VECES (2)	RARA VEZ (1)	NUNCA (0)
6. ¿Se enfada?				
7. ¿Rechaza la participación en actividades sociales (como visitas, relacionarse o entretenerse)?				
8. ¿Está agitado/a e inquieto/a?				
9. ¿Se queda sentado/a sin hacer nada?				
10. ¿Se mantiene ocupado/a durante el día?				

ANEXO 4

SAQOL-39

SAQOL-39: Stroke and Aphasia Quality of Life Scale

Durante la semana pasada, ¿Cuánta dificultad tuvo?

	No pude hacerlo (1)	Mucha dificultad (2)	Alguna dificultad (3)	Poca dificultad (4)	Ninguna dificultad (5)
1. SC1: Para preparar la comida					
2. SC4: Para vestirse					
3. SC5: Para bañarse o ducharse					
4. M1: Para caminar (si no puede caminar, señale 1 y pase a la pregunta M7)					
5. M4: Para mantener el equilibrio al inclinarse o alcanzar algo					
	No pude hacerlo (1)	Mucha dificultad (2)	Alguna dificultad (3)	Poca dificultad (4)	Ninguna dificultad (5)
6. M6: para subir escaleras					
7. M7: Para caminar sin pararse a descansar o para moverse con silla de ruedas sin pararse a descansar					
8. M8: para estar de pie					
9. M9: para levantarse de una silla					
10. W1 para hacer las tareas de la casa					

	No pude hacerlo (1)	Mucha dificultad (2)	Alguna dificultad (3)	Poca dificultad (4)	Ninguna dificultad (5)
11. W2 para terminar las tareas que empezó					
12. UE1: para escribir a mano o a máquina					
13. UE2: para ponerse los calcetines					
14. UE4: para abrocharse los botones					
15. UE5: para subir la cremallera					
	No pude hacerlo (1)	Mucha dificultad (2)	Alguna dificultad (3)	Poca dificultad (4)	Ninguna dificultad (5)
16. UE6: para abrir un tarro					
17. L2: para hablar					
18. L3: en hablar claramente por teléfono					
19. L5 en conseguir que otras personas le entiendan					
20. L6: en encontrar la palabra que quería decir					
21. L7: en conseguir que otras personas le entendieran incluso repitiéndolo					

Durante la semana pasada, ¿Cuánta dificultad tuvo?

	Sí, sin duda	Sí, casi siempre	No estoy seguro	No, casi nunca	No, sin duda
22. T4: ¿Tuvo que escribir las cosas para recordarlas (o pedir a alguien que las escribiera para que usted las recordase?					
23. T5: ¿Le resultó difícil tomar decisiones?					
24. P1: ¿estuvo irritable?					
25. P3: ¿Le pareció que le había cambiado el carácter?					
26. MD2: ¿Se sintió desanimado por su futuro?					
	Sí, sin duda	Sí, casi siempre	No estoy seguro	No, casi nunca	No, sin duda
27. MD3: ¿Perdió el interés por las personas o actividades?					
28. MD6: ¿Se sintió retirado con otra gente?					
29. MD7: ¿Tuvo poca confianza en sí mismo?					
30. E2: ¿Se sintió cansado la mayor parte del tiempo?					
31. E3: ¿tuvo que pararse a menudo a descansar durante el día?					

	Sí, sin duda	Sí, casi siempre	No estoy seguro	No, casi nunca	No, sin duda
32. E4: ¿Se sintió demasiado cansado para hacer lo que quería?					
33. FR7 ¿Sintió que era una carga para su familia?					
34. FR9 ¿Sintió que sus problemas para hablar afectaban a su vida familiar?					
35. SR1: ¿Salió de casa con menos frecuencia de lo que le gustaría?					
	Sí, sin duda	Sí, casi siempre	No estoy seguro	No, casi nunca	No, sin duda
36. SR4 ¿Practicó sus aficiones y diversiones con menos frecuencia de lo que le hubiera gustado?					
37. SR5 ¿Vio a sus amigos con menos frecuencia de lo que le hubiera gustado?					
38. SR7: ¿Sintió que su estado físico afectaba a su vida social?					
39. SR8 ¿Sintió que sus problemas al hablar afectaban a su vida familiar?					