

Afasia

3

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Afasia. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 62–83. Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Afasia. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 62–83). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

- 1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento rehabilitador y de mantenimiento de los trastornos del lenguaje, incluida la afasia.**
- 2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, la evaluación y la intervención en la afasia, y promueve el desarrollo de instrumentos adaptados a la lengua y la cultura de nuestro entorno.**
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y basado en pruebas científicas, centrado en la persona y su realidad comunicativa, con la colaboración de las familias y otros profesionales sanitarios. Insta a evitar el uso de prácticas carentes de evidencia científica o alejadas de los estándares actuales de calidad asistencial.**

¿Qué es?

Definición

Definimos la afasia como un trastorno secundario a una lesión en las partes del cerebro responsables del lenguaje y que puede provocar dificultades en las siguientes capacidades: expresión, comprensión, lectura y escritura, y afectar de forma más o menos intensa a las unidades subléxicas, la morfología de las palabras, el acceso al léxico, los conocimientos semánticos, la capacidad de discurso y la pragmática comunicativa.

Habitualmente las lesiones se sitúan en el hemisferio cerebral contrario a la dominancia manual. En algunos casos la lesión se produce en el hemisferio del lado de dominancia manual y hablamos de daño cerebral del hemisferio derecho. El hemisferio derecho del cerebro participa en muchas habilidades comunicativas, principalmente en el ámbito semántico y pragmático. La manifestación de la afasia en personas políglotas puede presentarse de forma diferente según factores como la edad de adquisición de los idiomas, su frecuencia de uso, su implicación social, entre otros. La recuperación de las funciones lingüísticas en estas personas puede mostrar patrones diferenciados entre las lenguas, paralelismos, selectividad para alguna de ellas o interferencias.

En una proporción muy pequeña de individuos diestros, los centros lingüísticos se encuentran en el hemisferio derecho del cerebro, en lugar del hemisferio izquierdo. En estas personas, el daño en el hemisferio derecho puede provocar síntomas de afasia similares a los que normalmente se asocian a una lesión en el hemisferio izquierdo. Esta condición se conoce como afasia cruzada.

Signos clínicos

La población con afasia es heterogénea, con perfiles individuales de deterioro del lenguaje que varían en términos de gravedad y grado de implicación en todas las modalidades de procesamiento del lenguaje. La variación de la gravedad de las deficiencias expresivas, por ejemplo, puede ir desde presentar dificultades ocasionales para encontrar palabras hasta no tener ningún medio eficaz de comunicación verbal. En déficits de comprensión, la gravedad puede ir desde ligeras dificultades en las estructuras complejas hasta dificultades semánticas en las palabras aisladas. En algunos casos, los pacientes pueden presentar anosognosia, falta de percepción de sus déficits funcionales, u otras alteraciones cognitivas que pueden quedar enmascaradas por el trastorno de lenguaje. La gravedad de la afasia también puede variar con el paso del tiempo, ya que un aspecto de la dificultad del lenguaje puede mejorar, mientras que otros se mantienen deteriorados.

Las lesiones en el hemisferio izquierdo del cerebro causan afasia a la mayoría de los diestros y alrededor de la mitad de los zurdos. Las personas con afasia también pueden tener otras alteraciones que deben ser atendidas por un logopeda, como disgracia, apraxia o problemas

de deglución. Si la lesión afecta también a otras redes neuronales que influyen en el movimiento, se puede ver afectada la coordinación o la automatidad.

El daño en el hemisferio derecho, aunque no afecte habitualmente a la recuperación de palabras, la sintaxis o la repetición, puede provocar déficits significativos en la comprensión y producción del discurso, la comunicación pragmática y el procesamiento semántico. Esto incluye dificultades para entender el lenguaje abstracto, figurativo, chistes, ironía, sarcasmo y emociones, así como impedimentos para realizar inferencias y captar significados globales. En la producción del discurso se manifiesta con comentarios egocéntricos, tangenciales y desorganizados. También puede reducir la expresividad emocional, con voz monótona y expresiones faciales limitadas, y a menudo se combina con déficits cognitivos como falta de atención, negligencia visual unilateral, anosognosia, dificultades en el razonamiento y el funcionamiento ejecutivo, y poca conciencia emocional.

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. En la CIF, la afasia implica funciones de orientación (b114), atención (b140), memoria (b144) y funciones cognitivas superiores (b164), del lenguaje (b167) y relacionadas con el cálculo (b172).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
MA80.0	Afasia
8B25	Efectos tardíos de la enfermedad cerebrovascular
8A20	Enfermedad de Alzheimer
8A21	Atrofias corticales focales progresivas
8A22	Enfermedad de cuerpo de Lewy
8A23	Degeneración lobular frontotemporal
8A2Y	Otros trastornos especificados con deterioro neurocognitivo como característica destacada
8A2Z	Trastornos con deterioro neurocognitivo como característica destacada, sin especificación
MB4B.0	Dislexia y alexia
MB4B.1	Agnosia
MB4B.2	Acalculia
MB4B.3	Agrafía
MB4B.4	Anomia

Causas

La etiología más frecuente es consecuencia de una lesión cerebral. Puede producirse debido a un daño cerebral, entre los que destacan: enfermedades vasculares cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, procedimientos quirúrgicos, epilepsia, tumores intracraneales, enfermedades parasitarias e infecciones en el cerebro (encefalitis y encefalomielitis).

En el caso del envejecimiento encontramos enfermedades neurodegenerativas que pueden ocasionar afasia en alguna de sus fases evolutivas. Un ejemplo es la afasia primaria progresiva, un síndrome neurodegenerativo caracterizado por un deterioro progresivo del lenguaje por la afectación predominante de las regiones perisilvianas.

Epidemiología

La prevalencia de afasia según las etiologías de daño adquirido más frecuentes son:

Patología	Prevalencia
Ictus	252-456/100.000 habitantes >15 años en Cataluña
Tumores cerebrales	24,3/100.000 habitantes en España
Traumatismos craneoencefálicos	16,7-27,8/100.000 habitantes en España

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia local en nuestro país de la afasia y las alteraciones lingüísticas que causa.

Impacto en la vida de la persona

La afasia puede afectar a cualquier persona, independientemente de su edad, género, nivel de educación y grupo social. Puede provocar grandes limitaciones en la participación social y en la calidad de vida y se puede asociar al aislamiento social y en paro. Aunque es más frecuente en población adulta, también puede aparecer en edad pediátrica debido a lesiones cerebrales adquiridas.

Los síntomas afásicos pueden cambiar con el paso del tiempo. Es posible que algunas dificultades mejoren con el paso del tiempo, mientras que otras pueden permanecer alteradas de forma permanente. La gravedad de la afasia, las limitaciones de la comunicación y la actividad, la angustia emocional, otros problemas médicos y factores sociales afectan la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con afasia.

Siguiendo la codificación de la CIF, la afasia afecta al aprendizaje y aplicación del conocimiento (d1), la comunicación (d3), funciones de autocuidado (d5), de vida doméstica (d6), las interacciones y relaciones interpersonales (d7), las áreas principales de la vida (d8) y la vida comunitaria, social y cívica (d9).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (Core Set) para identificar los elementos en que incide la afasia y las alteraciones lingüísticas correspondientes.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: limitación mínima para entender y expresarse

Ocasionalmente, se manifiestan parafasias, elección de palabras poco precisas, alteraciones leves en sintaxis o dificultad leve en comprensión de frases o expresiones complejas. El paciente puede expresar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.

67

Grado I: alteración moderada para entender o expresarse

Fluencia baja o limitaciones en la comprensión. Dificultades para encontrar la palabra adecuada con un discurso impreciso, articulación lenta con esfuerzo articulatorio por fenómenos parafásicos. A veces, las dificultades de comprensión son evidentes. Las dificultades se compensan con ayuda del interlocutor o por las estrategias que adquiere el paciente.

Grado II: limitación severa para comprender o expresarse

Limitación grave de la expresión y la comprensión, que hacen casi imposible mantener una conversación. Se limita a temas cotidianos y muy conocidos por el paciente. La comunicación se ve severamente alterada con interlocutores no familiarizados con la problemática.

Grado III: limitación grave para comprender y expresarse

Lenguaje reducido a palabras aisladas con errores articulatorios o parafasias que pueden dar lugar a jergón. Comprensión muy limitada, atiende solo órdenes simples. Con ayuda, el paciente puede mantener una mínima conversación sobre temas muy conocidos. No consigue expresar las ideas, pero colabora con el examinador.

Grado IV: limitación total para entender y expresarse

Puede darse falta total de lenguaje o reducido a estereotipias verbales. En otros casos, con nula comprensión y jergón con logorreia como única expresión. La comunicación se reduce a expresiones incompletas, el oyente necesita realizar inferencias, preguntas o adivinación. El intercambio de información es mínimo y el peso de la comunicación lo lleva el interlocutor.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar la evaluación, el diagnóstico y los tratamientos rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos del lenguaje. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomo-fisiológicas del lenguaje, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas correspondientes. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del lenguaje.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. Cuando el paciente presente grados de severidad altos y su discapacidad comunicativa sea relevante, los logopedas deberán conocer las bases para la indicación e implementación de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (SAAC) y tener acceso a los soportes de tecnología aplicada como la inteligencia artificial. De este modo, será el profesional preparado para formar y orientar en el uso de SAAC a otros profesionales y cuidadores.

El CLC aconseja a los profesionales que atienden a pacientes con afasias graves que realicen formación complementaria y especializada.

Orientación interdisciplinar

La atención del paciente con afasia debe ser necesariamente multidisciplinar. Esta composición del equipo está avalada por la mayoría de las guías relacionadas con la rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido (DCA). Por ejemplo, las guías de práctica clínica de la Sociedad Catalana de Neurología y del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), desde las actualizaciones de 2018, ya apuntan que el equipo de rehabilitación (RHB) del ictus (causa más frecuente de daño cerebral y de afasia adquirida) debe incluir: médico neurólogo, médico especialista en rehabilitación, logopeda, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermera, trabajador social y psicólogo, cada uno desde la perspectiva y con sus propios procedimientos.

El CLC sugiere que todos los miembros del equipo profesional estén formados en conversación asistida para poder interactuar con pacientes con limitaciones de comunicación como la afasia.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención primaria/ambulatoria del usuario será derivado al servicio de logopedia por el neurólogo, médico rehabilitador o por su médico de familia si ha realizado una visita previa con valoración por el médico neurólogo, y será necesario que aporte información relativa a:

- Resultados de las exploraciones neurofisiológicas con el acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- Orientación diagnóstica e hipótesis del impacto en la funcionalidad: sobre todo es necesario identificar la enfermedad de base y la diferenciación entre origen agudo, subagudo o progresivo.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos como rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.

Exploración clínica

El CLC orienta los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de la afasia y las alteraciones lingüísticas.

De acuerdo con la CIF de la Organización Mundial de la Salud, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir lo siguiente:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con el lenguaje.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto de las alteraciones del lenguaje en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales de la persona dentro de su comunidad.
- Conocer los factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

El CLC y las principales guías clínicas internacionales recomiendan utilizar instrumentos válidos y estandarizados para evaluar las deficiencias, limitaciones de la actividad y participación relacionadas con el daño cerebral teniendo en cuenta los diferentes niveles asistenciales (hospitalario, ambulatorio, domiciliario y comunitario). El terapeuta seleccionará la prueba más adecuada en función de cada caso y de su experiencia.

Pruebas de evaluación de los trastornos del lenguaje más utilizadas en nuestro entorno:

- **Mississippi Aphasia Screening Test (MAST).**
- **Evaluación de la Afasia y trastornos relacionados (Test de Boston).**
- **Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica - Test Barcelona - II.**
 - Versión abreviada.
 - Versión completa.
 - Perfil afasias.
 - Perfil afasias simplificado.
- **Token Test (Test de las fichas): evalúa la comprensión.**
- **Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos - BETA: evalúa todos los componentes del sistema de procesamiento lingüístico.**

Otras escalas de evaluación:

- **Aphasia Rapid Test (ART).** Cribado en la fase aguda.
- **Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia (EPLA).** Evaluación de los déficits. Fase aguda, subaguda y crónica.
- **Evaluación Neurolingüística de las Alteraciones del Lenguaje (ENAL).** Evaluación de los déficits. Fase aguda, subaguda y crónica.
- **Escala analógica cuantificable CETI.** Evalúa la funcionalidad del lenguaje y comunicación. Fase aguda, subaguda y crónica.
- **Communication Activities of Daily Living (CADL-3).** Evalúa la funcionalidad en actividades comunicativas de vida diaria. Fase aguda, subaguda y crónica.
- **Protocolo para la Evaluación de la Comunicación de Montreal (MEC).** Evaluación de los déficits lingüísticos del hemisferio derecho.
- **Mini Linguistic State Examination (MLSE).** Versión en castellano, diseñada para la identificación de los subtipos de afasia primaria progresiva.

Hay pocas herramientas de evaluaciones de comunicación estandarizadas para utilizarlas con pacientes con daño en el hemisferio derecho y pocas evaluaciones estandarizadas de cognición en dichos pacientes. Por este motivo, el CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de la afasia y las alteraciones lingüísticas.

El CLC recomienda que el logopeda utilice, además de las pruebas de lenguaje, pruebas cognitivas, de funciones ejecutivas y de cualquier otra función relacionada con el lenguaje y la comunicación para entender mejor las habilidades de la persona, tanto verbales como no verbales. Este enfoque permite obtener una valoración más completa, identificar con más precisión las dificultades y las capacidades conservadas y garantizar un diagnóstico más riguroso.

Esta evaluación detallada facilita el diseño de un tratamiento más adecuado a cada persona, con estrategias que mejoren la comunicación diaria. Además, contribuye a evitar errores en el diagnóstico y asegura una intervención basada en la evidencia científica. Este procedimiento garantiza una práctica ética y responsable, ya que

ajusta el tratamiento a las necesidades específicas de cada persona para optimizar la eficacia y favorecer la calidad de vida y la autonomía en la comunicación.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

Adhiriéndonos a las principales guías, el CLC propone que el impacto de la afasia en las actividades funcionales, la participación y la calidad de vida, incluido el impacto en las relaciones, la vocación y el ocio, se deberían evaluar y abordar, según proceda, desde el inicio posterior al ictus y con el paso del tiempo para los afectados crónicamente. La evaluación del impacto de la afasia en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. Pero se puede contar con algunos instrumentos validados en lengua castellana como la *Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38)*.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar barreras contextuales y facilitadores. Se deben evaluar los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades entre los que encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), los cuidadores y personal de ayuda (e340) y el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125). En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de evaluación de estos aspectos.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes orientar sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia todos los pacientes que presentan afasia susceptible de mejora con tratamiento logopédico, en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

Hay un consenso generalizado sobre el hecho de que la rehabilitación es esencial para facilitar la recuperación después de una lesión cerebral adquirida. Los programas de rehabilitación multidisciplinares y coordinados han demostrado no solo que disminuyen la mortalidad de estos pacientes sino también que mejoran la funcionalidad, el grado de participación y la calidad de vida de pacientes y cuidadores independientemente de factores como son la edad, la cronicidad o la gravedad inicial.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomunicación al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Rechazo a la corresponsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, conciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden la participación en las actividades de terapia
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos generales de la rehabilitación de la afasia son:

- **Habilidades:** recuperar la función perdida, en la medida de lo posible, incluida la comprensión del lenguaje y la capacidad de utilizar un lenguaje expresivo.
- **Actividad:** minimizar la discapacidad en la comunicación garantizando un uso máximo de habilidades actuales. Puede incluir estrategias compensatorias y medios de comunicación alternativos o aumentativos.
- **Participación:** permitir la participación según las circunstancias y preferencias de cada persona. Desarrollar habilidades y confianza social, promover la independencia y toma de decisiones. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- **Bienestar:** maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

Mediante múltiples estrategias terapéuticas, el proceso de rehabilitación tendrá como finalidad:

- Ayudar a la persona a utilizar las habilidades preservadas.
- Restaurar las habilidades lingüísticas lo máximo posible.
- Compensar problemas lingüísticos.
- Aprender otros métodos de comunicación.
- Entrenar a otras personas (familiares, personal sanitario y de

atención social) para maximizar las habilidades comunicativas del paciente.

Intervenciones preventivas

Los logopedas deben ser agentes de salud pública y participar activamente en la promoción de hábitos y actividades que fomenten la prevención de las enfermedades que causan la afasia. Su testimonio puede servir para la concienciación de ciudadanos profesionales ante la salud vascular y la accidentalidad. Los profesionales de la atención primaria deben poder contar con el apoyo de logopedas en sus campañas de salud pública y deben tener presente la figura de los logopedas en sus derivaciones especializadas.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

1 / Aspectos generales de la intervención

Como ya apuntan las principales guías de rehabilitación, la recuperación de las personas con afasia es más significativa en los pacientes que reciben tratamiento de logopedia.

Las diversas estrategias de intervención logopédica en las afasias se han sistematizado en diferentes programas rehabilitadores. Destacamos los siguientes:

- **Promoting Aphasics Communicative Effectiveness (PACE):** terapia basada en interacciones naturales que fomenta la comunicación funcional a través de cualquier modalidad, promoviendo un diálogo activo entre el paciente y el terapeuta.
- **Entrenamiento conversacional y conversación asistida (SCA):** método/programa que promueve la fluidez conversacional con instrucciones precisas de conducción de la conversación y soportes visuales.
- **Multi-Modality Aphasia Therapy (M-Mat):** intervención que utiliza diversas modalidades (oral, escrita, gestual) para reforzar la comunicación y compensar las limitaciones.
- **Tratamiento para la afasia de Wernicke:** intervención que se centra en mejorar la comprensión del lenguaje oral mediante ejercicios que trabajan la discriminación auditiva, la asociación semántica y la atención a mensajes sencillos y estructurados.
- **Control voluntario de producciones involuntarias:** tratamiento para la estereotipia que ayuda a los pacientes a sustituir producciones automáticas por respuestas más adecuadas y controladas.
- **Melodic Intonation Therapy (MIT):** terapia que utiliza la melodía y el ritmo para estimular la expresión verbal, aprovechando las capacidades del hemisferio derecho.
- **Programa de estimulación sintáctica para la afasia (HELPSS):** programa que trabaja la producción de frases a través de una secuencia jerarquizada para mejorar el uso de la sintaxis.
- **Mapping therapy:** tratamiento que refuerza la relación entre

la función semántica y la forma sintáctica de las palabras para mejorar la comprensión y producción oral.

- **Tratamiento de la perseveración afásica:** intervención que reduce las repeticiones involuntarias de palabras o ideas mediante estrategias de inhibición y reorganización del lenguaje.
- **Semantic Feature Analysis (SFA):** terapia que mejora la recuperación de palabras mediante el análisis de sus características semánticas, útil para tratar la anomia.
- **Rehabilitación en Grupo Intensiva del Afásico (REGIA):** programa grupal que combina actividades intensivas y colaborativas para la mejora en evocación y en el uso y la funcionalidad de la conversación.
- **Terapia de acción visual:** utiliza indicios visuales y gestos para facilitar la producción y comprensión del lenguaje en personas con afasia global o déficit de comprensión grave.
- **Implementación de SAAC:** introducción de sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (pictográficos o alfabéticos) para mejorar la comunicación funcional.
- **Programas a través de las TIC:** uso de tecnologías de la información y comunicación para proporcionar ejercicios interactivos y personalizados que refuerzen las habilidades lingüísticas.

Complementariamente, es necesario saber que las funciones cognitivas superiores actúan coordinadamente y por este motivo es beneficioso para los pacientes que aspectos como la atención o las memorias estén contemplados en el plan de intervención global del paciente. El lenguaje está vinculado a funciones cerebrales como la función simbólica y representacional, así como procesos cognitivos como la memoria, la atención y la percepción. Los logopédas deben incorporar todos los recursos y las estrategias que puedan aportar mejoras significativas a los pacientes y garantizar la eficacia de los tratamientos del lenguaje. A las personas con afasia crónica se les debe ofrecer terapia para obtener beneficios en el lenguaje receptivo y expresivo y en la comunicación en entornos cotidianos.

La duración del tratamiento necesario no debe estar sujeta a limitaciones temporales sino que se debe basar en la respuesta al tratamiento y en las posibilidades de mejora basadas en la máxima evidencia disponible a juicio del equipo terapéutico.

2 / Estrategias de intervención logopédicas

No existe ningún tratamiento universalmente aceptado que se pueda aplicar a todas las personas con afasia. Normalmente, los logopédas seleccionan una variedad de aproximaciones teóricas, modelos y tipos de intervenciones diferentes para gestionar y facilitar la rehabilitación. El Royal College of Speech and Language Therapists considera intervención cualquier forma de tarea o metodología de práctica dirigida con el objetivo de mejorar las habilidades, las actividades o la participación en lenguaje o comunicación. Del mismo modo, es necesario individualizar

la intervención, ya que no hay dos personas con afasia que tengan unas características lingüísticas y personales iguales, los recursos de rehabilitación se deben adaptar a las necesidades y la tolerancia del paciente.

La oferta global de la atención en rehabilitación a lo largo de la enfermedad debe ser complementaria e integrada. Los servicios comunitarios de rehabilitación deben activarse de manera que haya una continuidad asistencial para el paciente y su dotación debe ser, por tanto, suficiente para garantizar dicha continuidad.

Los logopedas deben ser los profesionales que valoren la conveniencia de un tratamiento de logopedia intensivo, según la guía «*Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación*» en su actualización de 2020:

- 1 Las personas con afasia después de un mes de haber sufrido el daño cerebral deberían tener acceso a una rehabilitación intensiva por afasia si pueden tolerarla.
- 2 Los pacientes deben recibir tratamiento rehabilitador de intensidad y duración apropiadas, diseñado individualmente para satisfacer los máximos objetivos de recuperación teniendo en cuenta su grado de tolerancia.

El tratamiento de los déficits lingüísticos asociados al daño del hemisferio derecho se centra normalmente en el discurso narrativo y conversacional, la comprensión y gestión de significados alternativos y la pragmática.

- Las habilidades narrativas y de discurso conversacional incluyen la capacidad de realizar inferencias y comprender significados globales del discurso.
- Comprender y gestionar significados alternativos implica la capacidad de comprender ambigüedades léxicas, generar significados alternativos y comprender el lenguaje no literal.
- El tratamiento de los déficits pragmáticos se centra en la mejora de las habilidades para apoyar una comunicación social con éxito en varios entornos.
- El tratamiento de los déficits prosódicos se focaliza en las variaciones de tono, sonoridad y ritmo, las características suprasegmentales de la comunicación que transmiten significado. El tratamiento puede abordar déficits expresivos o déficits receptivos.

3 / Modalidades

El CLC recomienda que el tratamiento de la afasia incluya terapia grupal y grupos de conversación. Los grupos pueden ser guiados por voluntarios capacitados y cuidadores supervisados por logopedas para complementar la intensidad de la terapia durante la hospitalización o como terapia continuada tras el alta. Sin embargo, el tipo de tratamiento dependerá del grado de gravedad de la afasia y del momento. En los grados IV y III no es viable la posibilidad de trabajo en grupo. En los grados II, I y 0 se

puede contemplar la modalidad grupal, entendiendo que el grupo debe ser homogéneo y reducido a un número máximo de entre 3 y 5 personas, dado que con grupos más grandes se pierde la eficacia.

En función del grado de afectación física, de afectación del lenguaje y de las características del entorno del paciente (barreras arquitectónicas, acceso a los recursos, apoyo ...) la intervención se realizará en contexto hospitalario, ambulatorio, domiciliario, comunitario o, en el supuesto de que el paciente no se pueda desplazar a la consulta, se realiza la sesión en línea mediante la tecnología de que disponga.

Cuando la afasia es más grave (grado II, III y IV) hay que realizar la terapia de forma presencial. En una afasia de grado 0 y I la terapia puede ser telemática.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención logopédica en la afasia y las alteraciones lingüísticas.

Intervenciones de mantenimiento de la función

El proceso de recuperación del paciente con afasia puede ser largo y, a menudo, no será posible recuperar la totalidad de las competencias perdidas o alcanzar el nivel que tenía. Por este motivo, hay que promover espacios y actividades donde el paciente pueda explorar y desarrollar varias potencialidades lingüísticas y comunicacionales. Estos espacios y actividades deberán ser inclusivos, normalizados y seguros para todos. Su gestión puede estar en manos de personal no especializado o voluntarios, pero con la orientación y acompañamiento de profesionales de la logopedia y la psicología.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención de mantenimiento en la afasia y las alteraciones lingüísticas.

Intervenciones en el entorno

Siguiendo las principales guías de especialidad, el CLC propone que:

- Si el paciente presenta afasia, los logopedas deben informar a la familia, al centro escolar (en caso de niños) y al personal sanitario de las dificultades y las discapacidades que presenta, de cómo facilitar la comunicación y de cuáles son las técnicas de comunicación apropiadas a su déficit.
- Los pacientes y sus familias o cuidadores deben tener una implicación precoz y activa en el proceso de rehabilitación. El logopeda deberá gestionar estrategias para favorecer la participación de las familias en el tratamiento.
- El tratamiento para mejorar la comunicación funcional debe incluir técnicas de conversación asistida para los interlocutores de la persona con afasia.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica. Lógicamente, el CLC considera que no es recomendable la aplicación de tratamientos sin una evidencia científica contrastada o un sólido conocimiento profesional.

Equipamiento

El CLC recomienda a los profesionales de la práctica clínica disponer de los siguientes elementos de equipamiento a la hora de intervenir en personas con afasia o las alteraciones lingüísticas relacionadas.

En todos los niveles asistenciales donde se lleve a cabo la rehabilitación de la afasia es necesario un espacio adecuado, digno y adaptado a las necesidades rehabilitadoras.

Es necesario material específico para la rehabilitación del lenguaje, tales como: fichas, espejo, material manipulable, material fungible, así como ordenador y tableta digital con programas informáticos y aplicaciones móviles específicas. Los tratamientos en la fase ambulatoria deben incluir los mismos elementos en cuanto a la estructura y los contenidos que los servicios coordinados de rehabilitación de pacientes hospitalizados.

Es importante valorar el efecto negativo que puede tener el uso de material con aspecto infantil en adultos con afasia. En estos casos, es recomendable utilizar materiales neutros, relacionados con la cultura del entorno y del individuo, para evitar cualquier forma de infantilización.

Del mismo modo, es fundamental que los logopedas reflexionen sobre la manera en que se relacionan con estos pacientes, deben evitar estereotipos culturales inadecuados y, sobre todo, alejarse del edadismo. Este sesgo puede minimizar las capacidades de la persona mayor, limitar su autonomía y afectar a su motivación y autoestima. Un enfoque respetuoso y adaptado a la dignidad y la experiencia vital de cada paciente es clave para una intervención logopédica efectiva y ética.

Para la reeducación de las actividades instrumentales de la vida diaria será necesario material adecuado para su entrenamiento.

Es fundamental que los logopedas apliquen estrictas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se realiza de nuevo una evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa a las personas afectadas del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad o bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- La inteligibilidad de los mensajes del paciente no le dificulta la participación en las actividades y no afecta a su estado de salud, seguridad e independencia.
- La producción del lenguaje de la persona es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Una planificación efectiva del alta es esencial para transiciones fluidas a través del continuo de atención. La planificación tardía o incompleta conlleva estancias hospitalarias prolongadas y un mayor riesgo de eventos adversos después del alta.

Orientaciones para después del alta

Antes del alta, los pacientes y cuidadores deben recibir medidas específicas de información, formación y soporte.

Después del alta, hay que ofrecer servicios de promoción de la salud, actividad física, apoyo y seguimiento a largo plazo para garantizar que se mantengan los beneficios conseguidos, detectar posibles complicaciones médicas o valorar posibles cambios en la funcionalidad o grado de dependencia que hagan necesario el acceso a nuevos programas de tratamiento.

En los casos de gravedad I, II, III y IV, y siempre que la afasia interfiera en el rendimiento y en las relaciones laborales, se recomienda la derivación al servicio de Trabajo Social de su área básica de salud para recibir información sobre las ayudas y los circuitos a los que tiene derecho según su situación.

Es imprescindible contar con la colaboración de las familias en el proceso de recuperación y generalización de los avances que se hayan producido en la rehabilitación. La familia puede aportar datos sobre la evolución del paciente en su entorno natural, así como administrar las pautas terapéuticas proporcionadas por los diferentes profesionales.

Proporcionar estrategias terapéuticas a los cuidadores principales de enfermos de afasia puede ayudar a disminuir el sentimiento de sobre-carga y angustia que conlleva el proceso de cuidar.

Cuando son dados de alta, los pacientes que lo necesiten deben seguir programas especializados ambulatorios o domiciliarios a cargo de equipos multidisciplinares de RHB. Los servicios de RHB hospitalarios y los comunitarios deben estar altamente coordinados en cada territorio para asegurar la continuidad del programa rehabilitador.

En el momento del alta se dan unas recomendaciones al paciente y a los familiares con el fin de optimizar la intervención y, en caso de que se considere adecuado, se recomendará material para continuar trabajando en el domicilio.

Recomendaciones para el mantenimiento en patología crónica:

- El tratamiento de la afasia debe incluir terapia grupal y grupos de conversación. Los grupos pueden ser guiados por voluntarios capacitados y cuidadores supervisados por un logopeda.
- El tratamiento para mejorar la comunicación funcional debe incluir técnicas de conversación asistida para posibles interlocutores de la persona con afasia.
- Se deberían proporcionar entornos comunicativamente accesibles a las personas con afasia.
- Los logopedas deberían esforzarse por conectar la persona con afasia y su familia con otras personas con afasia, grupos de afasia y organizaciones de apoyo.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b114 Funciones de la orientación
	b140 Funciones de la atención
	b144 Funciones de la memoria
	b164 Funciones cognitivas superiores
	b167 Funciones mentales del lenguaje
	b172 Funciones relacionadas con el cálculo

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d115 Escuchar d160 Centrar la atención d166 Leer d170 Escribir
d3 Comunicación	d310-d329 Comunicación-recepción d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales d320 Comunicación-recepción de mensajes en lengua de signos convencional d325 Comunicación-recepción de mensajes escritos d329 Comunicación-recepción, especificada y no especificada
	d3 Comunicación-producción d330 Hablar d335 Producción de mensajes no verbales d340 Producción de mensajes en lengua de signos convencional d345 Mensajes escritos d349 Comunicación-producción, especificada y no especificada
	d350-d369 Conversar y utilizar aparatos y técnicas de comunicación d350 Conversa d355 Discusión d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación d369 Conversación y utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, especificados y no especificados
d5 Autocuidado	d570 Cuidar de la propia salud

d6 Vida doméstica	<p>d610-d629 Adquisición de lo necesario para vivir</p> <p>d610 Adquisición de un lugar para vivir d620 Adquisición de bienes y servicios d629 Adquisición de lo necesario para vivir, especificado y no especificado</p> <p>d6300 Preparar comidas sencillas</p> <p>d640 Llevar a cabo las labores del hogar</p> <p>d6400 Lavar y secar la ropa d6401 Limpiar la zona de cocina y los utensilios d6402 Limpiar la vivienda d6403 Utilización de aparatos domésticos d6404 Almacenamiento de productos para satisfacer las necesidades diarias d6405 Eliminación de la basura</p> <p>d660 Ayudar a los demás</p>
d7 Interacciones y relaciones interpersonales	<p>d710 Interacciones interpersonales básicas</p> <p>d720 Interacciones personales complejas</p> <p>d730-d779 Interacciones interpersonales particulares, no especificadas</p> <p>d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas d779 Relaciones interpersonales particulares, otras específicas y no específicas</p> <p>d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas</p>
d8 Áreas principales de la vida	<p>d840-d859 Trabajo y empleo</p> <p>d840 Aprendizaje (preparación para el trabajo) d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo d850 Trabajo remunerado d855 Trabajo no remunerado d859 Trabajo y empleo, especificado y no especificado</p> <p>d860-d879 Vida económica</p> <p>d860 Transacciones económicas básicas d865 Transacciones económicas complejas d870 Autosuficiencia económica d879 Vida económica, especificada y no especificada</p> <p>d898 Áreas principales de la vida, otras especificadas</p> <p>d899 Áreas principales de la vida, no especificadas</p>

d9 Vida comunitaria, social y cívica	d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio d930 Religión y espiritualidad
FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	e125 Productos y tecnología para la comunicación
e3 Apoyo y relaciones	e310 Familiares cercanos e315 Otros familiares e340 Cuidadores y personal de ayuda

Bibliografía

- Berthier ML, García Casares N, Dávila G. Afasias y trastornos del habla. Medicine. 2011;10(74): 5035-5041.
- Blake ML. The right hemisphere and disorders of cognition and communication: Theory and clinical practice. San Diego, CA: Plural; 2018.
- Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane database of systematic reviews. 2016;6. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.014439>
- Casas-Fernández C. Traumatismos craneoencefálicos. Asociación Española de Pediatría. 2008.
- Consens català sobre evaluació i tractament del pacient postictus. Societat Catalana de Medicina Familiar i comunitària. 2017. Disponible en: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_7954.pdf [citado el 3 de abril de 2024]
- El atlas del ictus. 2019. Disponible en: https://www.sen.es/images/2020/atlas_Informes_comunidad/Informe_ICTUS_Cataluna.pdf [citado el 28 de marzo de 2024].
- Guia de Pràctica Clínica de l'Ictus. Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral, Departament de Salut i Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques. Barcelona, 2007.
- Guies Mèdiques de la societat Catalana de Neurologia. Guia número 4: Diagnòstic i tractament de les malalties vasculars cerebrals. 2018. Disponible en: https://www.scneurologia.cat/wp-content/uploads/2019/03/Guia-Vascular-Societat-Catalana-de-Neurologia_2018.pdf [citado el 3 de abril de 2024].
- Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. Int J Stroke. 2016;11(4):459-84. <https://doi.org/10.1177/1747493016643553>
- Mukand JA, Blackinton DD, Crincoli MG, Lee JJ, Santos BB. Incidence of neurologic deficits and rehabilitation and rehabilitation of patients with brain tumors. Am J Phys Med Rehabil. 2001; 80: 346-350.
- NICE Guidance. Stroke rehabilitation in adults. Clinical Guideline CG162. 2013.
- Noé E, Gómez A, Bernabeu M, Quemada I, Rodríguez R, Pérez T, Ferri J, et al. Guía: Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación. Neurología. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.06.009>
- Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral

- adquirido. Recomendaciones de la sociedad española de neurorrehabilitación. 2020. Disponible en: <https://www.sen.es/attachments/article/2865/Guia%20SENR%202%20Atencio%CC%81n%20del%20DCS.PDF> [citado el 3 de abril de 2024]
- Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). La prevalencia del cáncer en España a 31-12-2020. 2021. Disponible en: <https://redecan.org/storage/documents/7e2ebf44-6440-4c69-b4e5-bff37d4f5420.pdf> [citado el 28 de marzo de 2024].
- Worrall L, et al. Australian Aphasia Rehabilitation Pathway [Internet]. Com.au. Disponible en: <http://www.aphasiopathway.com.au> [citado el 15 de septiembre de 2021].