

Afàsia

3

Com citar aquest document:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Afàsia. A: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. Barcelona: CLC; 2026. p. 62–83. Disponible a: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2026). Afàsia. A *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. (pp. 62–83). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, març de 2026. Amb les modificacions aprovades a l'Assemblea General Ordinària del 21 de març de 2026.

Directrius

- 1 El logopeda és el professional sanitari competent per a l'avaluació, el diagnòstic i el tractament rehabilitador i de manteniment dels trastorns del llenguatge, inclosa l'afàsia.
- 2 El CLC impulsa la recerca sobre la prevalença, l'avaluació i la intervenció en l'afàsia, i promou el desenvolupament d'instruments adaptats a la llengua i la cultura del nostre entorn.
- 3 El CLC defensa un abordatge interdisciplinari i basat en proves científiques, centrat en la persona i la seva realitat comunicativa, amb la col·laboració de les famílies i altres professionals sanitaris. Aconsella evitar l'ús de pràctiques mancades d'evidència científica o allunyades dels estàndards actuals de qualitat assistencial.

Què és?

Definició

Definim l'afàsia com un trastorn secundari a una lesió a les parts del cervell responsables del llenguatge i que pot provocar dificultats en les següents capacitats: l'expressió, la comprensió, la lectura i l'escriptura, afectant de manera més o menys intensa les unitats sublèxiques, la morfologia de les paraules, l'accés al lèxic, els coneixements semàntics, la capacitat de discurs i la pragmàtica comunicativa.

Habitualment les lesions se situen en l'hemisferi cerebral contrari a la dominància manual. En alguns casos la lesió es produeix en l'hemisferi del costat de dominància manual i parlem de dany cerebral de l'hemisferi dret. L'hemisferi dret del cervell participa en moltes habilitats comunicatives, principalment en l'àmbit semàntic i pragmàtic. La manifestació de l'afàsia en persones poliglotes pot presentar-se de manera diferent segons factors com ara l'edat d'adquisició dels idiomes, la seva freqüència d'ús, la seva implicació social, entre d'altres. La recuperació de les funcions lingüístiques en aquestes persones pot mostrar patrons diferenciats entre les llengües, paral·lelismes, selectivitat per a alguna d'elles o interferències.

En una proporció molt petita d'individus dretans, els centres lingüístics es troben a l'hemisferi dret del cervell, en lloc de l'hemisferi esquerre. En aquestes persones, el dany a l'hemisferi dret pot provocar símptomes d'afàsia similars als que normalment s'associen a una lesió de l'hemisferi esquerre. Aquesta condició es coneix com a afàsia creuada.

Signes clínics

La població amb afàsia és heterogènia, amb perfils individuals de deteriorament del llenguatge que varien en termes de gravetat i grau d'implicació en totes les modalitats de processament del llenguatge. La variació de la gravetat de les deficiències expressives, per exemple, pot anar des de presentar dificultats ocasionals per trobar paraules fins a no tenir cap mitjà eficaç de comunicació verbal. En dèficits de comprensió, la gravetat pot anar des de lleugeres dificultats en les estructures complexes fins a dificultats semàntiques en les paraules aïllades. En alguns casos els pacients poden presentar anosognòsia, manca de percepció dels seus dèficits funcionals, o altres alteracions cognitives que poden quedar emmascarades pel trastorn de llenguatge. La gravetat de l'afàsia també pot variar amb el pas del temps, ja que un aspecte de la dificultat del llenguatge pot millorar, mentre que d'altres es mantenen deteriorats.

Les lesions a l'hemisferi esquerre del cervell causen afàsia a la majoria dels dretans i al voltant de la meitat dels esquerrans. Les persones amb afàsia també poden tenir altres alteracions que han de ser ateses per un logopeda, com disàrtria, apràxia o problemes de deglució. Si la lesió afecta també altres xarxes neuronals que influeixen en el moviment, es pot veure afectada la seva coordinació o automatitzat.

El dany a l'hemisferi dret, tot i no afectar habitualment la recuperació de paraules, la sintaxi o la repetició, pot provocar dèficits significatius en la comprensió i producció del discurs, la comunicació pragmàtica i el processament semàntic. Això inclou dificultats per entendre llenguatge abstracte, figuratiu, acudits, ironia, sarcasme i emocions, així com impediments per fer inferències i captar significats globals. En la producció del discurs es manifesta amb comentaris ego-cèntrics, tangencials i desorganitzats. També pot reduir l'expressivitat emocional, amb veu monòtona i expressions facials limitades, i sovint es combina amb dèficits cognitius com la manca d'atenció, negligència visual unilateral, anosognòsia, dificultats en el raonament i el funcionament executiu, i poca consciència emocional.

La CIF (per les sigles en anglès d'ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) va ser desenvolupada per l'OMS (2001) amb l'objectiu d'oferir una perspectiva biopsicosocial de la salut. Proporciona un marc per abordar la discapacitat i el funcionament d'una persona en el seu context i en la seva vida quotidiana. En la CIF, l'afàsia implica funcions d'orientació (b114), atenció (b140), memòria (b144) i funcions cognitives superiors (b164), del llenguatge (b167) i relacionades amb el càlcul (b172).

Codicificació CIM-11

Codi	Concepte
MA80.0	Afàsia
8B25	Efectes tardans de la malaltia cerebrovascular
8A20	Malaltia d'Alzheimer
8A21	Atròfies corticals focals progressives
8A22	Malaltia de cos de Lewy
8A23	Degeneració lobular frontotemporal
8A2Y	Altres trastorns especificats amb deteriorament neurocognitiu com a característica destacada
8A2Z	Trastorns amb deteriorament neurocognitiu com a característica destacada, sense especificació
MB4B.0	Dislèxia i alèxia
MB4B.1	Agnòsia
MB4B.2	Acalcúlia
MB4B.3	Agrafia
MB4B.4	Anòmia

Causes

L'etiologia més freqüent és a conseqüència d'una lesió cerebral. Pot produir-se a causa d'un dany cerebral, entre els quals destaquen: malalties vasculars cerebrals, traumatismes cranioencefàlics, procedi-

ments quirúrgics, epilèpsia, tumors intracranials, malalties parasitàries i infeccions al cervell (encefalitis i encefalomièlitis).

En el cas de l'envelliment trobem malalties neurodegeneratives que poden ocasionar afàsia en alguna de les seves fases evolutives. Un exemple és l'afàsia primària progressiva, una síndrome neurodegenerativa caracteritzada per un deteriorament progressiu del llenguatge per l'afectació predominant de les regions perisilvianes.

Epidemiologia

La prevalença d'afàsia segons les etiologies de dany adquirit més freqüents són:

Patologia	Prevalença
Ictus	252-456/100.000 habitants >15 anys a Catalunya
Tumors cerebrals	24,3/100.000 habitants a Espanya
Traumatismes cranioencefàlics	16,7-27,8/100.000 habitants a Espanya

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca per conèixer la prevalença local al nostre país de l'afàsia i les alteracions lingüístiques que causa.

Impacte en la vida de la persona

L'afàsia pot afectar qualsevol persona, independentment de la seva edat, gènere, nivell d'educació i grup social. Pot provocar grans limitacions en la participació social i en la qualitat de vida i es pot associar a l'aïllament social i a l'atur. Tot i que és més freqüent en població adulta, també pot aparèixer en edat pediàtrica a causa de lesions cerebrals adquirides.

Els símptomes afàsics poden canviar amb el pas del temps. És possible que algunes dificultats millorin amb el pas del temps, mentre que d'altres poden romandre alterades de manera permanent. La gravetat de l'afàsia, les limitacions de la comunicació i l'activitat, l'angoixa emocional, altres problemes mèdics i factors socials afecten la qualitat de vida relacionada amb la salut de pacients amb afàsia.

Seguint la codificació de la CIF, l'afàsia afecta l'aprenentatge i aplicació del coneixement (d1), la comunicació (d3), funcions d'autocura (d5), de vida domèstica (d6), les interaccions i relacions interpersonals (d7), les àrees principals de la vida (d8) i la vida comunitària, social i cívica (d9).

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca per a la creació de conjunts bàsics de categories de la CIF (Core Set) per identificar els elements en què incideix l'afàsia i les alteracions lingüístiques corresponents.

Gradació de severitat, conseqüències i suports

Grau 0: limitació mínima per entendre i expressar-se

Ocasionalment, es manifesten parafàsies, tria de paraules poc precises, alteracions lleus en sintaxi o dificultat lleu en comprensió de frases o expressions complexes. El pacient pot expressar dificultats subjectives no evidents per a l'oient.

Grau I: alteració moderada per entendre o expressar-se

Fluència baixa o limitacions en la comprensió. Dificultats per trobar la paraula adient amb un discurs imprecís, articulació lenta amb esforç articulari per fenòmens parafàsics. A vegades, les dificultats de comprensió són evidents. Les dificultats es compensen amb ajuda de l'interlocutor o per les estratègies que adquireix el pacient.

Grau II: limitació severa per comprendre o expressar-se

Limitació greu de l'expressió i la comprensió, que fan gairebé impossible tenir una conversa. Es limita a temes quotidians i molt coneguts per al pacient. La comunicació està severament alterada amb interlocutors no familiaritzats amb la problemàtica.

Grau III: limitació greu per comprendre i expressar-se

Llenguatge reduït a paraules aïllades amb errors articularis o parafàsies que poden donar lloc a jargó. Comprensió molt limitada, atenent només ordres simples. Amb ajuda, el pacient pot mantenir una mínima conversa sobre temes molt coneguts. No aconsegueix expressar les idees, però col·labora amb l'examinador.

Grau IV: limitació total per entendre i expressar-se

Pot haver-hi manca total de llenguatge o reduït a estereotípies verbals. En altres casos, amb nul·la comprensió i jargó amb logorrea com a única expressió. La comunicació es redueix a expressions incompletes, l'oient necessita fer inferències, preguntes o endevinació. L'intercanvi d'informació és mínim i el pes de la comunicació el porta l'interlocutor.

Rol del logopeda

Els logopedes són els professionals competents per a la realització de l'avaluació, el diagnòstic i els tractaments rehabilitadors i de manteniment dels trastorns del llenguatge. Aquesta atribució es desprèn de l'article 7.2f de la LOPS, que afirma que els logopedes desenvolupen les activitats d'avaluació i tractament dels trastorns del llenguatge, mitjançant tècniques terapèutiques pròpies de la seva disciplina. De la mateixa manera, de l'Ordre CIN/726/2009, que estableix els requisits mínims per a la verificació dels títols que habiliten per a l'exercici de la professió de logopeda, és palès que els logopedes graduats coneixen

les bases anatomicofisiològiques del llenguatge, els seus trastorns i les tècniques i instruments per al diagnòstic logopèdic i les estratègies terapèutiques. Aquesta visió la comparteixen els documents de perfil professional, que declaren que la logopèdia té com a finalitat millorar les qualitats alterades del llenguatge.

Tal com indica el Codi deontològic del CLC, els logopedes han d'exercir la seva professió amb competència, per tant, les professionals que atenen aquesta població han d'estar adequadament formades per fer-ho. Quan el pacient presenti graus de severitat alts i la seva discapacitat comunicativa sigui rellevant, els logopedes hauran de conèixer les bases per a la indicació i implementació de sistemes de comunicació augmentativa i alternativa (SAAC) i tenir accés als suports de tecnologia aplicada com la intel·ligència artificial. D'aquesta manera, serà el professional preparat per formar i orientar en l'ús de SAAC altres professionals i cuidadors.

El CLC aconsella als professionals que atenen pacients amb afàsies greus que realitzin formació complementària i especialitzada.

Orientació interdisciplinària

L'atenció del pacient amb afàsia ha de ser necessàriament multidisciplinària. Aquesta composició de l'equip està avalada per la majoria de les guies relacionades amb la rehabilitació del Dany Cerebral Adquirit (DCA). Per exemple, les guies de pràctica clínica de la Societat Catalana de Neurologia i de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE), des de les actualitzacions del 2018, ja apunten que l'equip de rehabilitació (RHB) de l'ictus (causa més freqüent de dany cerebral i d'afàsia adquirida) ha d'incloure: metge neuròleg, metge especialista en rehabilitació, logopeda, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, infermera, treballador social i psicòleg, cadascun des de la seva perspectiva i amb els procediments que li són propis.

El CLC suggereix que tots els membres de l'equip professional estiguin formats en conversa assistida per poder interactuar amb pacients amb limitacions de comunicació com l'afàsia.

Diagnòstic logopèdic

Informació mínima necessària del derivador

En el context de l'atenció primària/ambulatoria l'usuari serà derivat al servei de logopèdia pel neuròleg, metge rehabilitador o pel seu metge de família si ha fet una visita prèvia amb valoració pel metge neuròleg, i caldrà que aporti informació relativa a:

- Resultats de les exploracions neurofisiològiques amb l'accés a les fonts primàries (imatges, àudios, gràfiques, etc.).
- Orientació diagnòstica i hipòtesi de l'impacte en la funcionalitat: sobretot cal la identificació de la malaltia de base i la diferenciació entre origen agut, subagut o progressiu.

- Temps d'evolució de la clínica.
- Tractaments relacionats realitzats, tant farmacològics com rehabilitadors o quirúrgics, amb data de realització.
- Proves complementàries relacionades dutes a terme, resultat, interpretació i data de realització.
- Repercussió de la clínica en les activitats de la vida diària del pacient i en l'àmbit laboral, si n'hi ha.

Exploració clínica

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a avaluar els següents elements de l'afàsia i les alteracions lingüístiques.

D'acord amb la CIF de l'OMS, es realitza una avaluació integral per identificar i descriure el següent:

- Deficiències en l'estructura i les funcions corporals, incloses les relacionades amb el llenguatge.
- Limitacions en l'activitat i la participació, inclosa la comunicació funcional i les interaccions socials i l'impacte de les alteracions del llenguatge en la qualitat de vida, inclòs l'impacte de les limitacions en els rols socials de la persona dins de la seva comunitat.
- Conèixer els factors contextuals (ambientals i personals) que serveixen de barrera o facilitadors de l'èxit de la comunicació i la participació en la vida.

1 / Avaluació de l'estructura i de les funcions corporals

El CLC i les principals guies clíniques internacionals recomanen utilitzar instruments vàlids i estandarditzats per avaluar les deficiències, limitacions de l'activitat i participació relacionades amb el dany cerebral tenint en compte els diferents nivells assistencials (hospitalari, ambulatori, domiciliari i comunitari). El terapeuta seleccionarà la prova més adequada en funció de cada cas i de la seva experiència.

Proves d'avaluació dels trastorns del llenguatge més utilitzades al nostre entorn:

- *Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)*.
- Evaluación de la Afasia y trastornos relacionados (Test de Boston).
- Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica - Test Barcelona - II:
 - Versió abreujada.
 - Versió completa.
 - Perfil afàsies.
 - Perfil afàsies simplificat.
- *Token Test* (Test de les fitxes): avalua la comprensió.
- *Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos – BETA*: avalua tots els components del sistema de processament lingüístic.

Altres escales d'avaluació:

- **Aphasia Rapid Test (ART)**. Cribratge en la fase aguda.
- **Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia (EPLA)**. Avaluació dels dèficits. Fase aguda, subaguda i crònica.
- **Evaluación Neurolingüística de las Alteraciones del Lenguaje (ENAL)**. Avaluació dels dèficits. Fase aguda, subaguda i crònica.
- **Escala analògica quantificable CETI**. Avaluació de la funcionalitat del llenguatge i comunicació. Fase aguda, subaguda i crònica.
- **Communication Activities of Daily Living (CADL-3)**. Avaluació de la funcionalitat en activitats comunicatives de vida diària. Fase aguda, subaguda i crònica.
- **Protocolo para la Evaluación de la Comunicación de Montreal (MEC)**. Avaluació dels dèficits lingüístics de l'hemisferi dret.
- **Mini Linguistic State Examination (MLSE)**. Versió en castellà, dissenyada per a la identificació dels subtipus d'afàsia primària progressiva.

Hi ha poques eines d'avaluacions de comunicació estandarditzades per utilitzar-les amb pacients amb dany a l'hemisferi dret i poques avaluacions estandarditzades de cognició en aquests pacients. Per aquest motiu, el CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca per a la creació d'instruments d'avaluació en català i castellà de l'afàsia i les alteracions lingüístiques.

El CLC recomana que el logopeda utilitzi, a més de les proves de llenguatge, proves cognitives, de funcions executives i de qualsevol altra funció relacionada amb el llenguatge i la comunicació per entendre millor les habilitats de la persona, tant verbals com no verbals. Aquest enfocament permet obtenir una valoració més completa, identificar amb més precisió les dificultats i les capacitats conservades i garantir un diagnòstic més acurat.

Aquesta avaluació detallada facilita el disseny d'un tractament més adequat a cada persona, amb estratègies que millorin la comunicació diària. A més, contribueix a evitar errors en el diagnòstic i assegura una intervenció basada en l'evidència científica. Aquest procediment garanteix una pràctica ètica i responsable, ja que ajusta el tractament a les necessitats específiques de cada persona per optimitzar-ne l'eficàcia i afavorir la qualitat de vida i l'autonomia en la comunicació.

2 / Avaluació de la participació, activitats i qualitat de vida

Adherint-nos a les principals guies, el CLC proposa que l'impacte de l'afàsia en les activitats funcionals, la participació i la qualitat de vida, incloent-hi l'impacte en les relacions, la vocació i el lleure, s'haurien d'avaluar i abordar, segons escaigui, des de l'inici posterior a l'ictus i amb el pas del temps per als afectats crònicament. L'avaluació de l'impacte de l'afàsia en la vida dels pacients requereix una atenció específica en les entrevistes amb el pacient i el seu entorn. Però es pot comptar amb alguns instruments validats en llengua castellana com l'*Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38)*.

3 / Avaluació del context

Les entrevistes amb el pacient i el seu entorn han de servir per identificar barreres contextuals i facilitadors. S'han d'avaluar els codis CIF que poden suposar factors facilitadors o dificultats entre els quals trobem les relacions familiars (e310 i e 315), els cuidadors i personal d'ajuda (e340) i l'ús de productes i tecnologia per a la comunicació (e125). En el moment de publicació d'aquest document no es coneixen proves d'avaluació d'aquests aspectes.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca per a la creació d'instruments d'avaluació en català i castellà de les necessitats de la persona i el seu context.

A qui s'adreça la intervenció?

criteris per a la indicació del tractament

En general, són tributaris de logopèdia tots els pacients que presenten afàsia susceptible de millora amb tractament logopèdic, en la seva simptomatologia o en l'impacte del trastorn en la seva vida quotidiana.

Hi ha un consens generalitzat que la rehabilitació és essencial per facilitar la recuperació després d'una lesió cerebral adquirida. Els programes de rehabilitació multidisciplinaris i coordinats han demostrat no només que disminueixen la mortalitat d'aquests pacients sinó també que milloren la funcionalitat, el grau de participació i la qualitat de vida de pacients i cuidadors independentment de factors com són l'edat, la cronicitat o la gravetat inicial.

criteris per regular el tractament

Es regularà la intensitat del tractament logopèdic davant d'alguna circumstància que impedeixi o interfereixi l'evolució correcta del procés i la millora funcional del pacient. Concretament, aquells pacients que presentin:

- Manca de col·laboració, amb rebuig a la teràpia, incompareixença al tractament o no compliment de les pautes indicades. Rebuig a la corresponsabilitat del pacient en el seu procés assistencial.
- Manca de nivells mínims d'alerta, de consciència, atenció, cognició i col·laboració per participar en una rehabilitació de la comunicació.
- Pacients que presenten trastorns de conducta o d'addicció que impedeixen la participació en les activitats de teràpia
- Manca de suport sociofamiliar adequat quan aquest és imprescindible per al tractament.
- Circumstàncies externes que impedeixen o interfereixen en l'evolució correcta del procés i la millora funcional del pacient.

Com intervenir-hi?

Objectius

Els objectius generals de la rehabilitació de l'afàsia són:

- **Habilitats:** recuperar la funció perduda, en la mesura del possible, inclosa la comprensió del llenguatge i la capacitat d'utilitzar un llenguatge expressiu.
- **Activitat:** minimitzar la discapacitat en la comunicació garantint un ús màxim d'habilitats actuals. Pot incloure estratègies compensatòries i mitjans de comunicació alternatius o augmentatius.
- **Participació:** permetre la participació segons les circumstàncies de cada persona i preferències. Desenvolupar habilitats i confiança social, promoure la independència i presa de decisions. Reduir l'aïllament i augmentar la integració social.
- **Benestar:** maximitzar la sensació de benestar i la qualitat de vida de les persones. Desenvolupar estratègies d'afrontament.

Mitjançant múltiples estratègies terapèutiques, el procés de rehabilitació tindrà com a finalitat:

- Ajudar la persona a utilitzar les habilitats preservades.
- Restaurar les habilitats lingüístiques el màxim possible.
- Compensar problemes lingüístics.
- Aprendre altres mètodes de comunicació.
- Entrenar altres persones (familiars, personal sanitari i d'atenció social) per maximitzar les habilitats comunicatives del pacient.

Intervencions preventives

Els logopedes han de ser agents de salut pública i participar activament en la promoció dels hàbits i les activitats que fomentin la prevenció de les malalties que causen l'afàsia. El seu testimoni pot servir per a la conscienciació de ciutadans professionals envers la salut vascular i l'accidentalitat. Els professionals de l'atenció primària han de poder comptar amb el suport de logopedes en les seves campanyes de salut pública i han de tenir present la figura dels logopedes en les seves derivacions especialitzades.

Intervencions de millora i rehabilitació

1 / Aspectes generals de la intervenció

Com ja apunten les principals guies de rehabilitació, la recuperació de les persones amb afàsia és més significativa en els pacients que reben tractament de logopèdia.

Les diverses estratègies d'intervenció logopèdica en les afàsies s'han sistematitzat en diferents programes rehabilitadors. En destaquem els següents:

- **Promoting Aphasics Communicative Effectiveness (PACE):** teràpia basada en interaccions naturals que fomenta la comunicació funcional a través de qualsevol modalitat, promovent un diàleg actiu entre el pacient i el terapeuta.
- **Entrenament conversacional i conversa assistida (SCA):** mètode/ programa que promou la fluïdesa conversacional amb instruccions precises de conducció de la conversa i suports visuals.
- **Multi-Modality Aphasia Therapy (M-Mat):** intervenció que utilitza diverses modalitats (oral, escrita, gestual) per reforçar la comunicació i compensar les limitacions.
- **Tractament per a l'afàsia de Wernicke:** intervenció que se centra a millorar la comprensió del llenguatge oral mitjançant exercicis que treballen la discriminació auditiva, l'associació semàntica i l'atenció a missatges senzills i estructurats.
- **Control voluntari de produccions involuntàries:** tractament per a l'estereotípia que ajuda els pacients a substituir produccions automàtiques per respostes més adequades i controlades.
- **Melodic Intonation Therapy (MIT):** teràpia que utilitza la melodia i el ritme per estimular l'expressió verbal, aprofitant les capacitats de l'hemisferi dret.
- **Programa d'estimulació sintàctica per a l'afàsia (HELPSS):** programa que treballa la producció de frases a través d'una seqüència jerarquitzada per a millorar l'ús de la sintaxi.
- **Mapping therapy:** tractament que enforteix la relació entre la funció semàntica i la forma sintàctica de les paraules per millorar la comprensió i producció oral.
- **Tractament de la perseveració afàsica:** intervenció que redueix les repeticions involuntàries de paraules o idees mitjançant estratègies d'inhibició i reorganització del llenguatge.
- **Semantic Feature Analysis (SFA):** teràpia que millora la recuperació de paraules mitjançant l'anàlisi de les seves característiques semàntiques, útil per tractar l'anòmia.
- **Rehabilitació en Grup Intensiva de l'Àfàsic (REGIA):** programa grupal que combina activitats intensives i col·laboratives per a la millora en evocació i en l'ús i la funcionalitat de la conversa.
- **Teràpia d'acció visual:** utilitza indicis visuals i gestos per facilitar la producció i comprensió del llenguatge en persones amb afàsia global o dèficit de comprensió greu.
- **Implementació de SAAC:** introducció de sistemes alternatius i augmentatius de comunicació (pictogràfics o alfabètics) per millorar la comunicació funcional.
- **Programes a través de les TIC:** ús de tecnologies de la informació i comunicació per proporcionar exercicis interactius i personalitzats que reforcin les habilitats lingüístiques.

Complementàriament, cal saber que les funcions cognitives superiors actuen coordinadament i per aquest motiu serà beneficiós per als pacients que aspectes com l'atenció o les memòries estiguin contemplats

en el pla d'intervenció global del pacient. El llenguatge està vinculat a funcions cerebrals com la funció simbòlica i representacional, així com a processos cognitius com la memòria, l'atenció i la percepció. Els logopedes han d'incorporar tots els recursos i les estratègies que puguin aportar millores significatives als pacients i garantir l'eficàcia dels tractaments del llenguatge. A les persones amb afàsia crònica se'ls ha d'oferir teràpia per obtenir beneficis en el llenguatge receptiu i expressiu i en la comunicació en entorns quotidians.

La durada del tractament necessari no ha d'estar subjecta a limitacions temporals sinó que s'ha de basar en la resposta al tractament i en les possibilitats de millora basades en la màxima evidència disponible segons el parer de l'equip terapèutic.

2 / Estratègies d'intervenció logopèdiques

No hi ha cap tractament universalment acceptat que es pugui aplicar a totes les persones amb afàsia i, normalment, els logopedes seleccionen una varietat d'aproximacions teòriques, models i tipus d'intervencions diferents per gestionar i facilitar la rehabilitació. El Royal College of Speech and Language Therapists considera intervenció qualsevol forma de tasca o metodologia de pràctica dirigida amb l'objectiu de millorar les habilitats, les activitats o la participació en llenguatge o comunicació. De la mateixa manera, cal individualitzar la intervenció, ja que no hi ha dues persones amb afàsia que tinguin unes característiques lingüístiques i personals iguals, els recursos de rehabilitació s'han d'adaptar a les necessitats i a la tolerància del pacient.

L'oferta global de l'atenció en rehabilitació al llarg de la malaltia ha de ser complementària i integrada. Els serveis comunitaris de rehabilitació s'han d'activar de manera que hi hagi una continuïtat assistencial per al pacient i la seva dotació ha de ser, per tant, suficient per garantir aquesta continuïtat.

Els logopedes han de ser els professionals que valorin la conveniència d'un tractament de logopèdia intensiu, segons la guia «*Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación*» en la seva actualització de l'any 2020:

- 1** Les persones amb afàsia després d'un mes d'haver patit el dany cerebral haurien de tenir accés a una rehabilitació intensiva per afàsia si poden tolerar-la.
- 2** Els pacients han de rebre tractament rehabilitador d'intensitat i duració apropiades, dissenyat individualment per satisfer els màxims objectius de recuperació tenint en compte el seu grau de tolerància.

El tractament dels dèficits lingüístics associats al dany de l'hemisferi dret se centra normalment en el discurs narratiu i conversacional, la comprensió i gestió de significats alternatius i la pragmàtica.

- Les habilitats narratives i de discurs conversacional inclouen la capacitat de fer inferències i comprendre significats globals del discurs.
- Comprendre i gestionar significats alternatius implica la capacitat de comprendre ambigüitats lèxiques, generar significats alternatius i comprendre el llenguatge no analfabet.
- El tractament dels dèficits pragmàtics se centra en la millora de les habilitats per donar suport a una comunicació social amb èxit en diversos entorns.
- El tractament dels dèficits prosòdics es focalitza en les variacions de to, sonoritat i ritme, les característiques suprasegmentals de la comunicació que transmeten significat. El tractament pot abordar dèficits expressius o dèficits receptius.

3 / Modalitats

El CLC recomana que el tractament de l'afàsia inclogui teràpia grupal i grups de conversa. Els grups poden ser guiats per voluntaris capacitats i cuidadors supervisats per logopedes per complementar la intensitat de la teràpia durant l'hospitalització o com a teràpia continuada després de l'alta. Tot i això, el tipus de tractament dependrà del grau de gravetat de l'afàsia i del moment. En els graus IV i VIII no és viable la possibilitat de treball en grup. En els graus II, I i 0 es pot contemplar la modalitat grupal, entenent que el grup ha de ser homogeni i reduït a un nombre màxim d'entre 3 i 5 persones, atès que amb grups més grans es perd l'eficàcia.

En funció del grau d'afectació física, d'afectació del llenguatge i de les característiques de l'entorn del pacient (barreres arquitectòniques, accés als recursos, suport...) la intervenció es realitzarà en context hospitalari, ambulatori, domiciliari, comunitari o, en el supòsit que el pacient no es pugui desplaçar a la consulta, es realitza la sessió en línia mitjançant la tecnologia de què disposi.

Quan l'afàsia és més greu (grau II, III i IV) cal fer la teràpia de manera presencial. En una afàsia de grau I i II de discapacitat la teràpia pot ser telemàtica.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca sobre la intervenció logopèdica en l'afàsia i les alteracions lingüístiques.

Intervencions de manteniment de la funció

El procés de recuperació del pacient amb afàsia pot ser llarg i, sovint, no serà possible recuperar la totalitat de les competències perdudes o assolir el nivell que tenia. Per aquest motiu, cal promoure espais i activitats on el pacient pugui explorar i desenvolupar diverses potencialitats lingüístiques i comunicacionals. Aquests espais i activitats hauran de ser inclusius, normalitzats i segurs per a tothom. La seva gestió pot estar en mans de personal no especialitzat o voluntaris però amb l'orientació i acompanyament de professionals de la logopèdia i la psicologia.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca sobre la intervenció de manteniment en l'afàsia i les alteracions lingüístiques.

Intervencions en l'entorn

Seguint les principals guies d'especialitat, el CLC proposa que:

- Si el pacient presenta una afàsia, els logopedes han d'informar la família, l'escola (en cas d'infants) i el personal sanitari de les dificultats i les discapacitats que presenta, de com facilitar la comunicació i de quines són les tècniques de comunicació apropiades al seu dèficit.
- Els pacients i les seves famílies o cuidadors han de tenir una implicació precoç i activa en el procés de rehabilitació. El logopeda haurà de gestionar estratègies per afavorir la participació de les famílies en el tractament.
- El tractament per millorar la comunicació funcional ha d'incloure tècniques de conversa assistida per als interlocutors de la persona amb afàsia.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca sobre la intervenció en l'entorn.

Intervencions no recomanades

En el moment de publicació d'aquest document no es coneixen intervencions no recomanades per la literatura científica. Lògicament, el CLC considera que no és recomanable l'aplicació de tractaments sense una evidència científica contrastada o un sòlid coneixement professional.

Equipament

El CLC recomana als professionals de la pràctica clínica disposar dels següents elements d'equipament a l'hora d'intervenir en persones amb afàsia o les alteracions lingüístiques relacionades.

En tots els nivells assistencials on es dugui a terme la rehabilitació de l'afàsia és necessari un espai adequat, digne i adaptat a les necessitats rehabilitadores.

És necessari material específic per a la rehabilitació del llenguatge com ara: fitxes, mirall, material manipulable, material fungible, així com ordinador i tauleta digital amb programes informàtics i aplicacions mòbils específiques. Els tractaments en la fase ambulatoria han d'incloure els mateixos elements pel que fa a l'estructura i els continguts que els serveis coordinats de rehabilitació de pacients hospitalitzats.

És important valorar l'efecte negatiu que pot tenir l'ús de material amb aspecte infantil en adults amb afàsia. En aquests casos, és recomanable utilitzar materials neutres, relacionats amb la cultura de l'entorn i de l'individu, per evitar qualsevol forma d'infantilització.

De la mateixa manera, és fonamental que els logopedes reflexionin sobre la manera en què es relacionen amb aquests pacients, han

d'evitar estereotips culturals inadequats i, sobretot, allunyant-se de l'edatisme. Aquest biaix pot minimitzar les capacitats de la persona gran, limitar-ne l'autonomia i afectar-ne la motivació i l'autoestima. Un enfocament respectuós i adaptat a la dignitat i a l'experiència vital de cada pacient és clau per a una intervenció logopèdica efectiva i ètica.

Per a la reeducació de les activitats instrumentals de la vida diària caldrà material adequat per al seu entrenament.

És fonamental que els logopedes apliquin rigoroses mesures d'higiene per garantir la seguretat tant dels pacients com d'ells mateixos. Aquestes mesures inclouen la desinfecció regular del material i superfícies de treball, el rentat de mans abans i després de cada sessió, l'ús d'utillatge d'un sol ús quan sigui possible, i la ventilació adequada dels espais. A més, en casos que ho requereixin, com en situacions de risc de contagis, és important utilitzar mascareta i guants, i seguir els protocols establerts per les autoritats sanitàries. Aquestes pràctiques són essencials per prevenir infeccions i crear un entorn terapèutic segur i de confiança.

Informació d'alta

Requisits d'alta

Per valorar l'estat funcional del pacient en el moment de l'alta es realitza una nova avaluació amb les mateixes proves i escales de la valoració inicial i s'informa les persones afectades del resultat obtingut després del procés d'intervenció.

Es considera que el tractament pot finalitzar quan l'avaluació integral informa que l'estat del pacient ha millorat en el seu grau de severitat o bé quan:

- Les tasques del tractament són de naturalesa repetitiva i ja no suposen canvis en les capacitats o el pacient no requereix un seguiment constant per completar les tasques.
- El pacient ha assolit el nivell més alt de capacitat funcional possible, ja que no s'observen millores.
- La intel·ligibilitat dels missatges del pacient no li dificulta la participació en les activitats i no afecta el seu estat de salut, seguretat i independència.
- La producció del llenguatge de la persona és equivalent al d'altres persones de la mateixa edat cronològica, gènere, ètnia o origen cultural i lingüístic.

Una planificació efectiva de l'alta és essencial per a transicions fluides a través del continu d'atenció. La planificació tardana o incompleta comporta estades hospitalàries prolongades i un major risc d'esdeveniments adversos després de l'alta.

Orientacions per a després de l'alta

Abans de l'alta, els pacients i cuidadors han de rebre mesures específiques d'informació, formació i suport.

Després de l'alta, s'han d'oferir serveis de promoció de la salut, activitat física, suport i seguiment a llarg termini per garantir que es mantinguin els beneficis aconseguits, detectar possibles complicacions mèdiques o valorar possibles canvis en la funcionalitat o grau de dependència que facin necessari l'accés a nous programes de tractament.

En els casos de gravetat I, II, III i IV, i sempre que l'afàsia interfereixi en el rendiment i en les relacions laborals, es recomana la derivació al servei de Treball Social de la seva àrea bàsica de salut per tal de rebre informació sobre els ajuts i els circuits als quals té dret segons la seva situació.

És imprescindible comptar amb la col·laboració de les famílies en el procés de recuperació i generalització dels avenços que s'hagin produït en la rehabilitació. La família pot aportar dades sobre l'evolució del pacient en el seu entorn natural així com administrar les pautes terapèutiques proporcionades pels diferents professionals. Proporcionar estratègies terapèutiques als cuidadors principals de malalts d'afàsia pot ajudar a disminuir el sentiment de sobrecàrrega i ansietat que comporta el procés de cuidar.

Quan són donats d'alta, els pacients que ho necessitin han de seguir programes especialitzats ambulatoris o domiciliaris a càrrec d'equips multidisciplinaris de RHB. Els serveis de RHB hospitalaris i els comunitaris han d'estar altament coordinats en cada territori per assegurar la continuïtat del programa rehabilitador.

En el moment de l'alta es donen unes recomanacions al pacient i als familiars per tal d'optimitzar la intervenció i, en cas que es consideri adient, es recomanarà material per continuar treballant al domicili.

Recomanacions per al manteniment en patologia crònica:

- El tractament de l'afàsia ha d'incloure teràpia grupal i grups de conversa. Els grups poden ser guiats per voluntaris capacitats i cuidadors supervisats per un logopeda.
- El tractament per millorar la comunicació funcional ha d'incloure tècniques de conversa assistida per a possibles interlocutors de la persona amb afàsia.
- S'haurien de proporcionar entorns comunicativament accessibles a les persones amb afàsia.
- Els logopedes haurien d'esforçar-se per connectar la persona amb afàsia i la seva família amb altres persones amb afàsia, grups d'afàsia i organitzacions de suport.

Codificació CIF

Capítol	Codi i descripció
FUNCIONS CORPORALS	
b1 Funcions mentals	b114 Funcions de l'orientació
	b140 Funcions de l'atenció
	b144 Funcions de la memòria
	b164 Funcions cognitives superiors
	b167 Funcions mentals del llenguatge
	b172 Funcions relacionades amb el càlcul
ACTIVITATS I PARTICIPACIÓ	
d1 Aprentatge i aplicació del coneixement	d115 Escoltar
	d160 Centrar l'atenció
	d166 Llegir
	d170 Escriure
d3 Comunicació	d310-d329 Comunicació-recepció
	d310 Comunicació-recepció de missatges parlats
	d315 Comunicació-recepció de missatges no verbals
	d320 Comunicació-recepció de missatges en llengua de signes convencional
	d325 Comunicació-recepció de missatges escrits
	d329 Comunicació-recepció, especificada i no especificada
	d3 Comunicació-producció
	d330 Parlar
	d335 Producció de missatges no verbals
	d340 Producció de missatges en llengua de signes convencional
	d345 Missatges escrits
	d349 Comunicació-producció, especificada i no especificada
	d350-d369 Conversar i utilitzar aparells i tècniques de comunicació
	d350 Conversa
	d355 Discussió
d360 Utilització de dispositius i tècniques de comunicació	
d369 Conversa i utilització de dispositius i tècniques de comunicació, especificats i no especificats	

d5 Autocura	d570 Tenir cura de la pròpia salut
d6 Vida domèstica	d610-d629 Adquisició del que és necessari per viure d610 Adquisició d'un lloc per viure d620 Adquisició de béns i serveis d629 Adquisició del que és necessari per viure, especificat i no especificat
	d6300 Preparar menjars senzills d640 Fer les tasques de la llar d6400 Rentar i assecar la roba d6401 Netejar la zona de cuina i els utensilis d6402 Netejar l'habitatge d6403 Utilització d'aparells domèstics d6404 Emmagatzematge de productes per satisfer les necessitats diàries d6405 Eliminació de les escombraries
	d660 Ajudar els altres
d7 Interaccions i relacions interpersonals	d710 Interaccions interpersonals bàsiques d720 Interaccions personals complexes
	d730-d779 Interaccions interpersonals particulars, no especificades d730 Relacionar-se amb estranys d740 Relacions formals d750 Relacions socials informals d760 Relacions familiars d770 Relacions íntimes d779 Relacions interpersonals particulars, altres específiques i no específiques
	d798 Interaccions i relacions interpersonals, altres especificades
d8 Àrees principals de la vida	d840-d859 Treball i feina d840 Apreneatge (preparació per al treball) d845 Aconseguir, mantenir i finalitzar un treball d850 Treball remunerat d855 Treball no remunerat d859 Treball i feina, especificat i no especificat
	d860-d879 Vida econòmica d860 Transaccions econòmiques bàsiques d865 Transaccions econòmiques complexes d870 Autosuficiència econòmica d879 Vida econòmica, especificada i no especificada
	d898 Àrees principals de la vida, altres especificades d899 Àrees principals de la vida, no especificades

d9 Vida comunitària, social i cívica	d910 Vida comunitària d920 Temps lliure i oci d930 Religió i espiritualitat
---	---

FACTORS AMBIENTALS

e1 Productes i tecnologia	e125 Productes i tecnologia per a la comunicació
e3 Suport i relacions	e310 Familiars propers e315 Altres familiars e340 Cuidadors i personal d'ajuda

Bibliografia

- 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 avaluació i tractament del pacient postictus. *Societat Catalana de Medicina Familiar i comunitària*. 2017. Disponible a: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_7954.pdf [citad el 3 d'abril de 2024]
- El atlas del ictus. 2019. Disponible a: https://www.sen.es/images/2020/atlas/Informes_comunidad/Informe_ICTUS_Cataluna.pdf [citad el 28 de març de 2024].
- Guia de Pràctica Clínica de l'Ictus. Pla Director de la Malaltia Vasculat Cerebral, Departament de Salut i Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona, 2007.
- Guies Mèdiques de la societat Catalana de Neurologia. Guia número 4: Diagnòstic i tractament de les malalties vasculars cerebrals. 2018. Disponible a: https://www.scneurologia.cat/wp-content/uploads/2019/03/Guia-Vascular-Societat-Catalana-de-Neurologia_2018.pdf [citad el 3 d'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 a: <https://www.sen.es/attachments/article/2865/Guia%20SENR%202%20Atencio%CC%81n%20del%20DCS.PDF> [citat el 3 d'abril de 2024]
Red Española de Registros de Cáncer [REDECAN]. La prevalencia del cáncer en España a 31-12-2020. 2021. Disponible a: <https://redecan.org/storage/documents/7e2ebf44-6440-4c69-b4e5-bff37d4f5420.pdf> [citat el 28 de març de 2024].
Worrall L, et al. Australian Aphasia Rehabilitation Pathway [Internet]. Com.au. Disponible a: <http://www.aphasiapathway.com.au> [citat el 15 de setembre de 2021].

