

# **AFASIA ¿Y AHORA QUÉ?**

DEISSY MILENA GARCÍA GARCÍA  
SANDRA MARCELA BONILLA CARRILLO  
YULLY VANESSA BONILLA CARRILLO  
SILVIA JULIANA TOLOSA LÓPEZ  
DIANA MARCELA AGUILERA SÁENZ  
JULIETH CATALINA MENDOZA GUZMÁN

# Contenido

## INTRODUCCIÓN

¿CUÁNTAS PERSONAS EN EL MUNDO TIENEN AFASIA?

¿POR QUÉ PUEDO TENER AFASIA?

¿QUÉ AFASIA TENGO?

¿SE PUEDE REHABILITAR LA AFASIA?

SI TENGO AFASIA, ¿PUEDO APOYARME EN MI FAMILIA PARA LOGRAR INDEPENDENCIA EN MI COMUNIDAD?

REFLEXIONES

REFERENCIAS

## Introducción

3

4

5

6

7

10

11

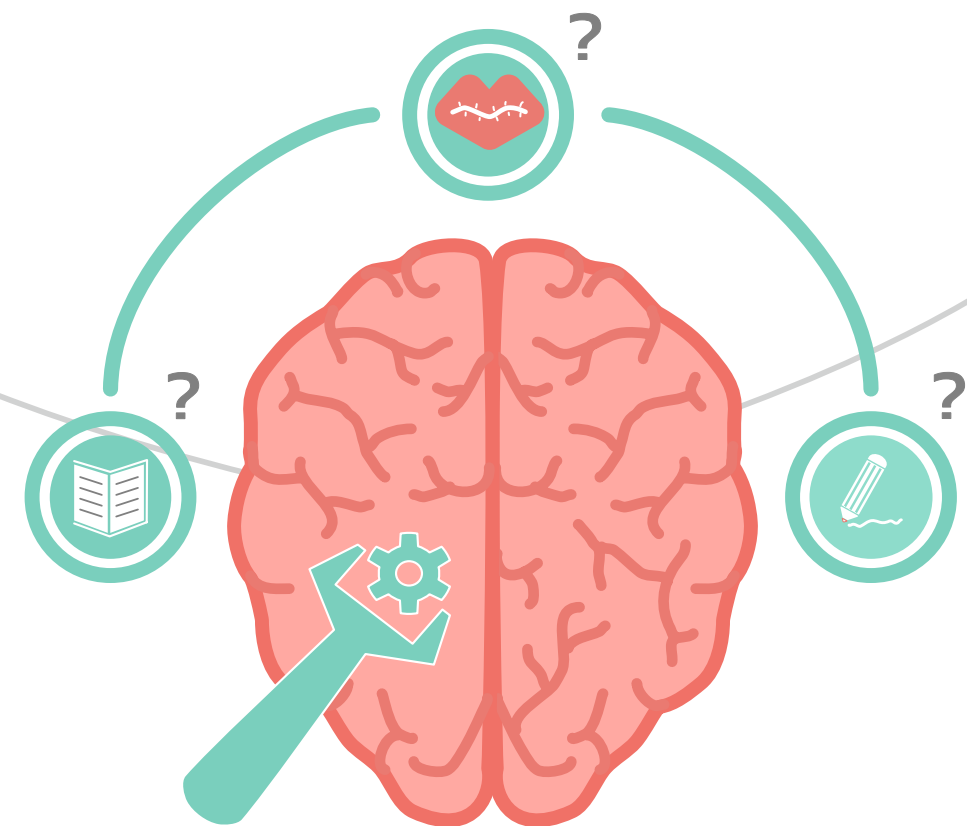
11

**E**l actor Bruce Willis anunció su retiro de los escenarios en abril de 2022. La decisión fue publicada en un comunicado oficial en el que su familia informó que sufre de afasia y desde hace unos años atrás ha afectado su desempeño en los sets de filmación. La noticia de que la estrella de cine se retira de la actuación ha puesto de relieve el desconocimiento sobre ese trastorno adquirido de la comunicación.

La afasia es la pérdida o el deterioro de los procesos complejos de interpretación y formulación del lenguaje debido al daño cerebral adquirido que afecta la red de estructuras corticales y subcorticales del cerebro (Rosa-Santana et al., 2021). Es un trastorno que se manifiesta

de diferentes maneras, se puede afectar la comprensión auditiva, expresión, lectura y escritura. Generalmente se produce debido a una lesión cerebral, generalmente en el hemisferio izquierdo del cerebro (Casella et al., 2017).

El objetivo de este artículo es lograr definir si la afasia es una enfermedad o secuela, por ende se explican sus causas, factores de riesgo, su clasificación, algunas estrategias de manejo en casa y el rol que juega la familia dentro de su entorno y calidad de vida. Se pretende que con esta información se puedan generar otras estrategias de comunicación para mejorar los diferentes contextos de la vida cotidiana.



# ¿Cuántas personas en el mundo tienen afasia?

**E**n Estados Unidos se estima que aproximadamente 2.500.000 de personas tienen afasia (Lima et al., 2020). En cambio, en Colombia no existen datos epidemiológicos de esta condición en el país, sin embargo, solo se evidencian reportes de 88.762 atenciones relacionadas con afasia, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 184.1 x 100.000 habitantes (Gómez et al., s. f.). La Ciudad que mayor frecuencia presenta esta condición es Bogotá con 36.9%, le siguen los departamentos de Nariño 8.0% y Sucre 4.0% (Gómez et al., s. f.).

Se presume que la incidencia de este síndrome puede ser mucho mayor teniendo en cuenta la prevalencia de enfermedades que pueden causarlo. Según el DANE registra entre 1,4 y 19,9 casos por

cada 100.000 habitantes de Accidente Cerebrovascular (**ACV**), que es su causa más frecuente (Loaiza et al., s. f.). También en el periodo comprendido entre julio de 2003 y junio de 2004, el Hospital Universitario del Valle registró 2.049 casos de Trauma Craneoencefálico en su servicio de urgencias (Guzmán et al., 2008). Por el contrario, para el periodo del 2007-2011 se estimó una incidencia anual ajustada de 3,4 por cada 100.000 hombres y 2,5 por cada 100.000 mujeres presentan tumores cerebrales (Ocampo Navia et al., 2018). En Latinoamérica, según el Ministerio de Salud de Chile, la incidencia de afasia post Accidente Cerebrovascular en etapa aguda, varía entre 20% a 38% (González Mc et al., 2017). Es posible que un alto porcentaje de esta población padezca de afasia.



# ¿Por qué puedo tener afasia?

**L**a afasia puede afectar a cualquier persona, independientemente de su edad, género, nivel de educación y grupo social. El daño cerebral en la afasia puede verse afectado por diferentes patologías neurológicas que son capaces de producir alteraciones en el lenguaje. En primer lugar, el accidente cerebrovascular es la principal causa de la afasia y afecta a un tercio de las personas que lo sufren (Wu C, 2020). Esta condición aumenta las tasas de mortalidad aguda y crónica (Oliveira & Damasceno, 2011).

Aproximadamente un tercio de los pacientes con afasia aguda fallecen durante la estancia hospitalaria, mientras que la mortalidad a largo plazo representa el 50 % de las muertes (Castresano-García et al., 2021). La mayor incidencia del daño cerebral en la afasia está asociada a la hipertensión como el factor de riesgo más común, el consumo de tabaco, la diabetes mellitus, altos niveles de colesterol, la obesidad, trastornos cardíacos, alcoholismo y consumo de drogas ilícitas (Oliveira & Damasceno, 2011).

En segundo lugar, se asocia el daño cerebral producido por un traumatismo craneoencefálico (**TCE**), como la causa más frecuente en personas menores de 40 años y puede ser primario debido a la contusión, laceración y hemorragia, o secundario a isquemia, anoxia, edema y hemorragia (Ardila, 2005). Generalmente los TCE dejan como secuelas alteración en la memoria, cambios comportamentales (irritabilidad) y cognoscitivos como

la atención y disminución en la capacidad de concentración. Estas secuelas dependen de la severidad del mismo que se correlacionan con la gravedad y extensión de las lesiones traumáticas (Ardila, 2005).

Por otro lado, están los tumores cerebrales quien define Walsh (1990) como el crecimiento anormal de células, organizadas en forma atípica que crecen por cuenta del organismo, pero que no cumplen un propósito. Un tumor es variable, depende de la localización del mismo y una de las primeras manifestaciones clínicas que puede presentar la persona, y cuando están situados en áreas del lenguaje manifiestan una sintomatología afásica; sin embargo, mientras más lento sea su crecimiento, menor será la sintomatología (Ardila, 2005).

Finalmente, se reportan las infecciones cerebrales que se presentan cuando el cuerpo es invadido por un microorganismo patógeno productor de una enfermedad. Muchas de las infecciones del sistema nervioso son secundarias a infecciones originadas en otras partes del cuerpo y por esto se asocia con síntomas como fiebre, malestar general, e hipotensión endocraneana. Desde el punto de vista cognitivo y comunicativo, se evidencia un síndrome confusional agudo, caracterizado por desorientación temporoespacial, defectos atencionales, fallas en la memoria, olvido de palabras y en ocasiones agitación psicomotora (Ardila, 2005).

Finalmente, se encuentran las alteraciones lingüísticas progresivas asociadas con las enfermedades neurodegenerativas como es el caso de la enfermedad de Alzheimer, la degeneración frontotemporal, y la enfermedad de Parkinson. La Asociación del Alzheimer ha demostrado que la actividad física regular y el control

de los factores de riesgo cardiovascular (diabetes, obesidad, tabaquismo e hipertensión), mantener una dieta saludable y el aprendizaje permanente / entrenamiento cognitivo, reducen el riesgo de deterioro cognitivo y demencia (Baumgart et al., 2015).

Por otro lado, esta clasificación no es aplicable para un conjunto de trastornos neurocognitivos conocidos como Afasia Progresiva Primaria (**APP**) que afectan de forma predominante el lenguaje, se caracteriza por la preservación inicial del funcionamiento en las otras áreas cognitivas, y el deterioro progresivo de la auto-

nomía del individuo de forma significativa (Lancho & Bercianos, 2020). De esta forma, estas alteraciones hacen parte de un grupo de enfermedades neurodegenerativas que afectan no sólo el lenguaje, sino que se suman a cambios en conducta y cognición.

## ¿Qué Afasia tengo?

Dada la heterogeneidad de las dificultades en lenguaje y comunicación que se ha descrito en las afasias y las cuales siguen siendo objeto de controversia y estudio discutiendo todavía si hay una o varios tipos de afasia, a lo largo del tiempo se han propuesto diferentes sistemas de clasificación. En la imagen 1 se muestra una clasificación que afectan los pro-

cesos lingüísticos y que pueden variar en el sujeto, momento y evolución de la enfermedad. Para esta clasificación se tiene en cuenta una de las propuestas más conocida dada por Luria (1947), en complemento con la de Tsvetkova (1988) en la que se relaciona la localización del daño cerebral, y se diferencian siete tipos de síndromes afásicos (Benson & Geschwind, 1996 citado por Ardila, 2005).

## ¿Se puede rehabilitar la afasia?

Antes de pensar en secuelas asociadas a la afasia, se deberá realizar un proceso de rehabilitación impulsado por mecanismos de neuroplasticidad cerebral. Esto hace referencia a la capacidad del sistema nervioso de cambiar su funcionamiento, reorganizarse y adaptarse frente a cambios que se presenten fuera y dentro del cuerpo, en este caso ante una lesión cerebral (Johnson et al., 2020; Sierra Benítez et al., 2019). Se forman nuevas conexiones nerviosas como una respuesta adaptativa, permitiendo rehabilitar el procesamiento del lenguaje y disminuyendo de forma sistemática los signos de la afasia.

En la actualidad existen modelos de intervención que proponen diversas estrategias de tratamiento para personas con afasia, los cuales han surgido a partir de avances científicos. Estas estrategias cuentan con evidencia sólida que comprueba su efectividad además de la capacidad de adaptarse a las necesidades comunicativas de cada paciente. A continuación se describen los tres tipos de tratamiento con mayor evidencia científica para rehabilitación de la afasia, los cuales son:

### Terapia convencional para la afasia

El fonoaudiólogo como profesional experto estará en la capacidad de realizar una intervención idónea, orientada a mejorar las habilidades lingüísticas de estos pacientes. Este proceso de rehabilitación estará dirigido a disminuir las barreras comunicativas, facilitando a los pacientes con afasia su participación en el contexto diario, haciéndolos autónomos e independientes y mejorando su calidad de vida (Biou et al., 2019; Wilson & Schneck, 2021).

Hace referencia a la prestación del servicio de rehabilitación fonoaudiológica en la que se oferta a la persona con afasia estrategias terapéuticas para facilitar la transición entre lo que la persona con afasia comunica, hasta el mensaje que realmente quiere comunicar (Cacciante et al., 2021; Palmer et al., 2019). Diversos investigadores pusieron a prueba el método convencional de rehabilitación para la afasia con el fin de determinar su efec-

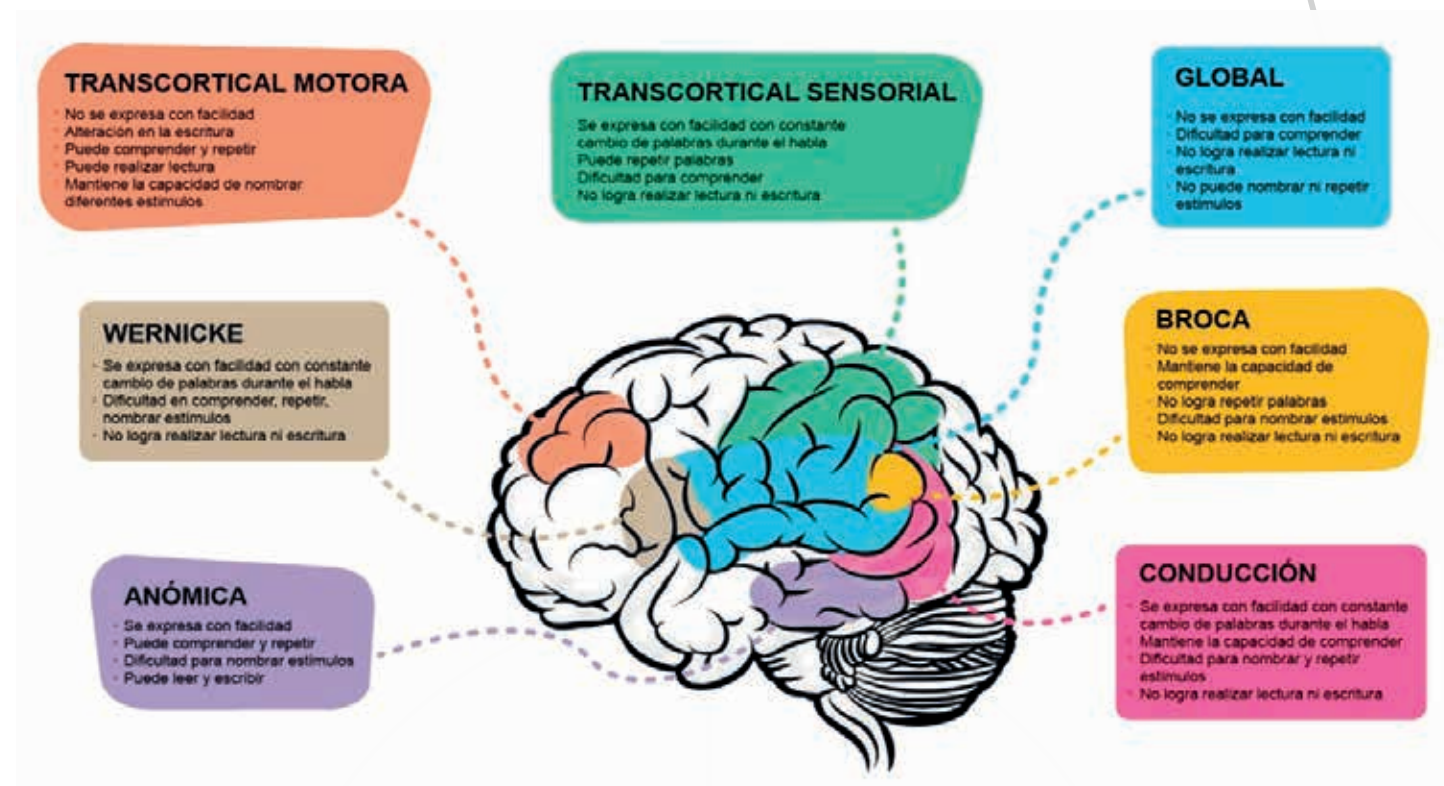


Imagen 1. Clasificación de las afasias.

Elaboración propia

tividad. Estos concluyeron que este tipo de terapia logra mejoras significativas en las habilidades lingüísticas si se realiza de forma intensiva, consiste en la incorporación del uso del lenguaje en contextos comunicativos sociales a través juegos de lenguaje terapéutico de forma individual o grupal (Biou et al., 2019; Breitenstein et al., 2017).

Los niveles de dificultad son ajustados de acuerdo a las dificultades comunicativas específicas de la persona y debe ser administrada de cinco a diez horas semanales, durante mínimo cuatro a seis meses para garantizar beneficios a largo plazo. Un ejemplo de las estrategias de rehabilitación en este tipo de terapia son los juegos de solicitudes de tarjetas, que contienen imágenes de categorías semánticas como objetos, acciones, etc. La tarea de los participantes es obtener imágenes coincidentes a la asignada a cada uno mediante solicitudes verbales, los terapeutas actúan como modelo para una comunicación adecuada, los objetivos terapéuticos se definen de acuerdo a la previa evaluación del fonoaudiólogo (Doppelbauer et al., 2021; Leff et al., 2021)

## Terapias que involucran las nuevas tecnologías

A partir de los nuevos avances tecnológicos surge la estimulación magnética transcranial, una herramienta de esti-

mulación cerebral no invasiva, que demuestra ser segura y eficaz (Biou et al., 2019). Se encarga de modular la actividad neuronal en el cerebro, se administran pulsos eléctricos a través de electrodos de una esponja humedecida en solución salina, estos son adheridos al cráneo y conectados a un estimulador de corriente continua con intensidades bajas en el hemisferio cerebral no afectado. Para tener mejor efecto, debe ser aplicada preferiblemente dentro de los tres primeros meses posterior al evento cerebrovascular, durante cinco días a la semana, de dos a tres semanas por 20 minutos de forma

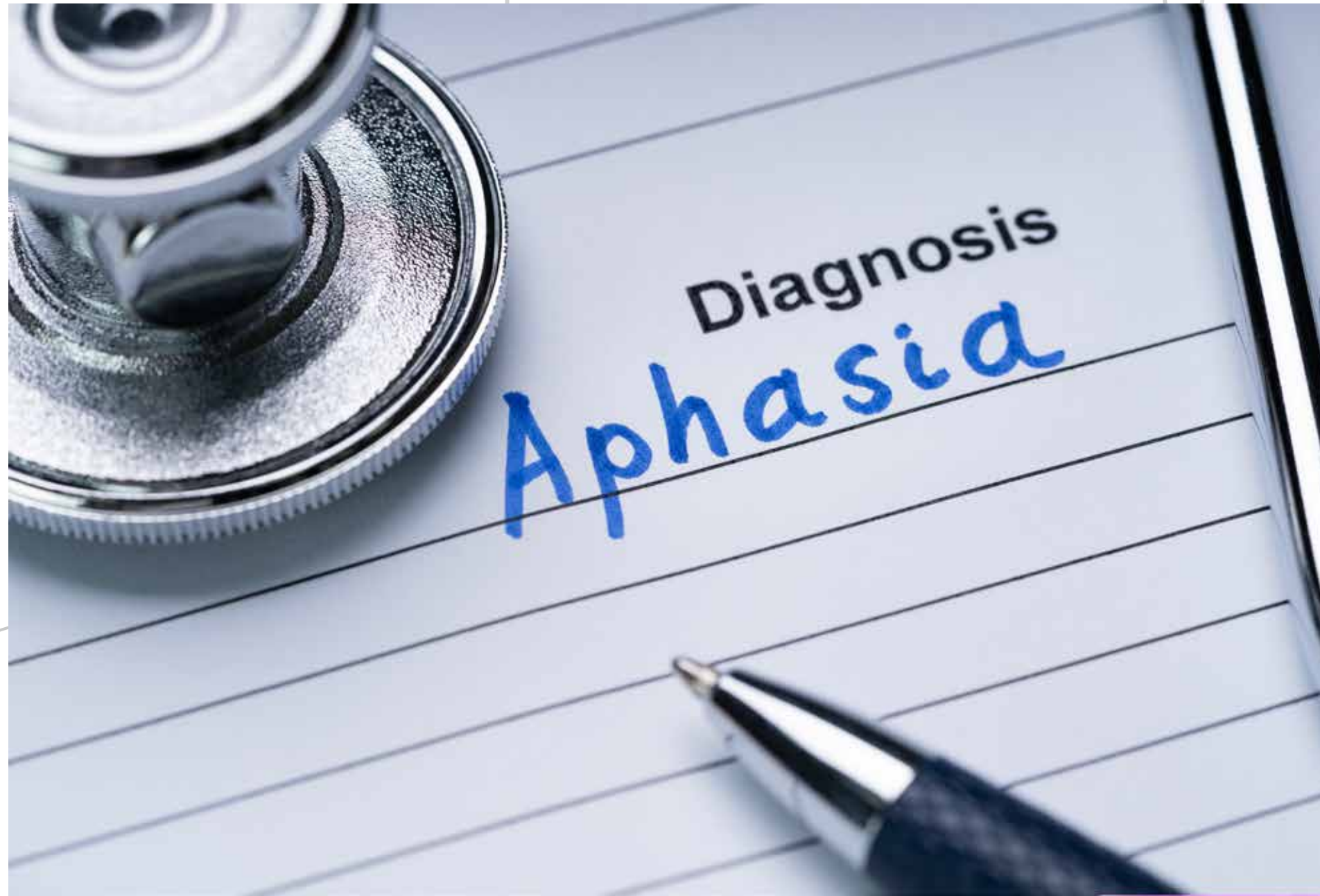
combinada con la terapia fonoaudiológica convencional (Zhang et al., 2017).

Este tipo de tratamiento promueve la transformación y reorganización de las regiones del cerebro encargadas del habla y lenguaje. Esta estimulación facilita la actividad neuronal, hace que las zonas cerebrales sanas generen una adaptación compensatoria al aumentar de la integridad de la materia blanca; es decir, un aumento de la capacidad en la transmisión de la información de una neurona a otra, produciendo cambios en la neuroplasticidad del cerebro, mejorando de forma simultánea las habilidades comunicativas (Ren et al., 2019).

## Terapias de comunicación aumentativa y alternativa (CAA).

Hace referencia a las múltiples formas de mediación para la facilitar la comunicación de las personas con afasia, puede enfocarse en el desarrollo comunicativo como una herramienta aumentativa o en el reemplazo de la producción verbal por un medio alternativo (Sánchez, 2015). Es una herramienta de doble propósito, dirigida a fomentar la función del lenguaje favoreciendo la restauración del mismo de forma progresiva y al mismo tiempo es una herramienta alternativa y/o aumentativa de comunicación durante la fase de rehabilitación (Dietz et al., 2020; Huang et al., 2021). Surge como una opción de tratamiento para aquellas personas con dificultades severas en la comunicación, este enfoque ayuda a las personas con afasia a comunicar sus necesidades básicas, brindar información y facilitar su participación social en el diario vivir con sus seres queridos y personas a su alrededor (Kurland et al., 2018).

Es el fonoaudiólogo el profesional especializado en orientar a las personas con afasia y seres queridos acerca del uso de estrategias y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa puesto que, las personas con afasia suelen presentar alteraciones lingüísticas, en las que puede existir o no presencia de alteraciones cognitivas, que pueden



afectar negativamente a la comunicación (Palmer et al., 2020; Purdy & Dietz, 2010). Es por esto que, para el proceso de adaptación de un sistema de CAA, es necesario que el fonoaudiólogo analice las habilidades, dificultades y necesidades comunicativas específicas con el fin de

elegir dentro de los diferentes sistemas de CAA el sistema idóneo, que permita a las personas con afasia que participen plenamente en las actividades de la vida diaria con mayor independencia (Dietz et al., 2020).

## Si tengo afasia, ¿Puedo apoyarme en mi familia para lograr independencia en mi comunidad?

Las personas con afasia necesitan y desean ser incluidos de nuevo en la sociedad porque se generan cambios significativos en el estado de salud, la capacidad funcional y una significativa disminución de la calidad de vida (Cucu et al., 2021). Por tal motivo se debe generar la necesidad de brindar bienestar a la persona con afasia y hacerlos parte de una comunidad, permitiéndoles vivir la inclusión social y no sentirse ajeno al entorno que le rodea, ser protagonista de su vida y no una persona espectadora de la sociedad en la que vive (Zaballos, s. f.).

Si bien es posible que los profesionales en salud pueden generar crecimiento y cambios que se extienden mucho más allá de la sala de la clínica al trabajar con cada paciente y familia durante un período de tiempo relativamente corto (Hunting Pompon, 2021), es la familia quien juega un papel principal ya que no son un tercero independiente o neutral, sino un miembro del equipo con el paciente (Burns et al., 2015).

De esta forma, el uso de diferentes estrategias guiadas, mejorará tanto la relación familiar como la participación social activa de la persona con afasia y su pronóstico de recuperación del lenguaje (Pascual 2020). Esto sumado al trabajo realizado por los profesionales de rehabilitación que promueven la inclusión en diferentes contextos, el regreso exitoso a su vida productiva y cotidiana; generando no solo independencia y autonomía si no autoestima, identidad y oportunidades (Rodríguez-Riaño J & Lizarazo-Camacho A., 2015).

A nivel mundial existen grupos de apoyo en redes sociales y libros que brindan orientación y guía tanto para pacientes como para familias que les permiten contar sus experiencias y cómo es posible desde otras alternativas lograr mayor inclusión, rehabilitación e interacción con personas con afasia. Estos recursos son: **Afasia Vital, E.N.A.P.A.N , Stroke Therapy R-evolution español, Afasia Activa, Historias con Alma.**

## Reflexiones

La afasia es una patología que trasciende las esferas exclusivas del lenguaje, genera cambios en las personas y tiene un impacto severo en la calidad de vida. Si bien en los últimos años existen avances en programas de rehabilitación, incluso, mediado por la generación de nuevas tecnologías para la comunicación. Esta tecnología incluye computadores y teléfonos inteligentes.

La intervención fonoaudiológica debe iniciarse lo antes posible (una vez superado el período de enfermedad aguda provocado por la lesión), para conseguir una buena motivación tanto por parte de la persona afectada como por su familia y que es precisa una adecuada planificación de los contenidos que se le quieren enseñar y de los recursos de los que se dispone.

Los programas de rehabilitación del lenguaje que buscan recuperar funciones cognitivas y lingüísticas para la comu-

nicación, basados en el sujeto y sus capacidades, combinados con enfoques globales e inclusivos, plantean como fin la calidad de vida y la participación activa en las actividades diarias. En algunos casos logran la reubicación laboral y el reconocimiento de la persona dentro de los grupos a los que tradicionalmente pertenecía.

Hay que destacar que, factores como la constancia, la paciencia y la continuidad en la intervención con las personas con afasia, serán claves para conseguir un buen resultado. En conclusión, la afasia no es una enfermedad, y las secuelas o alteraciones que persistirán en el tiempo, dependerán de la intervención y el programa de inclusión social en el caso de cada individuo. Por tanto, se hace urgente poder contar con un fonoaudiólogo para abordar este tipo de paciente y así apoyar a la familia, optimizar los resultados funcionales y evitar el aumento de déficit neurológico.

## Referencias

- Afasia Trastornos neurológicos. (s. f.). Manual MSD versión para profesionales. Recuperado 24 de septiembre de 2022, de <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-neurologicos/funcion-y-disfuncion-de-los-lbulos-cerebrales/afasia>
- La Afasia. (s. f.). American Speech-Language-Hearing Association; American Speech-Language-Hearing Association. Recuperado 24 de septiembre de 2022, de <https://www.asha.org/public/speech/spanish/la-afasia/>
- Ardila, A. (2005). Las afasias. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades : Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias, Instituto de Neurociencias.



- Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimer's & Dementia*, 11(6), 718-726. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.016>
- Biou, E., Cassoudeulle, H., Cogné, M., Sibon, I., De Gabory, I., Dehail, P., Aupy, J., & Glize, B. (2019). Transcranial direct current stimulation in post-stroke aphasia rehabilitation: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 62(2), 104-121. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.01.003>
- Breitenstein, C., Grewe, T., Flöel, A., Ziegler, W., Springer, L., Martus, P., Huber, W., Willmes, K., Ringelstein, E. B., Haeusler, K. G., Abel, S., Glindemann, R., Domahs, F., Regenbrecht, F., Schlenck, K.-J., Thomas, M., Obrig, H., de Langen, E., Rucker, R., ... FCET2EC study group. (2017). Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: A randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet (London, England)*, 389(10078), 1528-1538. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30067-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30067-3)
- Burns, M., Baylor, C., Dudgeon, B. J., Starks, H., & Yorkston, K. (2015). Asking the Stakeholders: Perspectives of Individuals With Aphasia, Their Family Members, and Physicians Regarding Communication in Medical Interactions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(3), 341-357. [https://doi.org/10.1044/2015\\_AJSLP-14-0051](https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0051)
- Casella, G., Llinas, R. H., & Marsh, E. B. (2017). Isolated aphasia in the emergency department: The likelihood of ischemia is low. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 163, 24-26. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2017.10.013>
- Castresano-García, G., Morales-Rodríguez, J. de la C., Calás-Torres, J. J., Rosa-Santana, J. D. de la, Santiesteban-Ferrales, Y., & Morales-Rodríguez, A. (2021). Caracterización de pacientes con afasia secundaria a enfermedades cerebrovasculares. *Universidad Médica Pinareña*, 17(2), 1-7.
- Cacciante, L., Kiper, P., Garzon, M., Baldan, F., Federico, S., Turolla, A., & Agostini, M. (2021). Telerehabilitation for people with aphasia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Communication Disorders*, 92, 106111. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106111>
- Cucu, C. D., Adam, A. R., Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Bucharest, Romania, Golu, F. T., & Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Bucharest, Romania. (2021). The Relationship Between Quality of Life and Perception Over Social Reintegration in Patients Suffering from Aphasia: The Mediating Role of Social Support and Moderator Role of Gender and Family Support. *Medicina Moderna – Modern Medicine*, 28(3), 291-300. <https://doi.org/10.31689/rmm.2021.28.3.291>
- Dietz, A., Wallace, S. E., & Weissling, K. (2020). Revisiting the Role of Augmentative and Alternative Communication in Aphasia Rehabilitation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 909-913. [https://doi.org/10.1044/2019\\_AJSLP-19-00041](https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00041)
- Doppelbauer, L., Mohr, B., Dreyer, F. R., Stahl, B., Büscher, V., & Pulvermüller, F. (2021). Long-Term Stability of Short-Term Intensive Language-Action Therapy in Chronic Aphasia: A 1-2 year Follow-Up Study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 35(10), 861-870. <https://doi.org/10.1177/15459683211029235>
- Gómez, F. R., Guerrero, C. E. D., & Bernal, G. B. (s. f.). ALEJANDRO GAVIRIA URIBE. 274.
- González Mc, F., Lavados G, P., & Olavarría I, V. (2017). Incidencia poblacional, características epidemiológicas y desenlace funcional de pacientes con ataque cerebrovascular isquémico y afasia. *Revista médica de Chile*, 145(2), 194-200. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000200007>
- Guzmán, F., Moreno, M. C., & Montoya, A. (2008). Evolución de los pacientes con trauma craneoencefálico en el Hospital Universitario del Valle: Seguimiento a 12 meses. *Colombia Médica*, 39, 25-28.
- Hugo, S.-J., Silvia, G., Manuel, H.-S., Armando, G.-V., & Antonio, Z.-M. (s. f.). Afasia. Un trastorno del lenguaje de fisiopatología compleja y origen multifactorial. 9.
- Huang, L., Chen, S.-H. K., Xu, S., Wang, Y., Jin, X., Wan, P., Sun, J., Tao, J., Zhang, S., Zhang, G., & Shan, C. (2021). Augmentative and alternative communication intervention for in-patient individuals with post-stroke aphasia: Study protocol of a parallel-group, pragmatic randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 837. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05799-0>
- Hunting Pompon, R. (2021). Basic Counseling Skills: Working With People With Aphasia and Their Families. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(5), 1003-1014. [https://doi.org/10.1044/2021\\_PERSP-20-00298](https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00298)
- Johnson, J. P., Meier, E. L., Pan, Y., & Kiran, S. (2020). Pre-treatment graph measures of a functional semantic network are associated with naming therapy outcomes in chronic aphasia. *Brain and Language*, 207, 104809. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2020.104809>
- Kurland, J., Liu, A., & Stokes, P. (2018). Effects of a Tablet-Based Home Practice Program With Telepractice on Treatment Outcomes in Chronic Aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 61(5), 1140-1156. [https://doi.org/10.1044/2018\\_JSLHR-L-17-0277](https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-17-0277)
- Lancho, M. C. P., & Bercianos, S. G. (2020). Caracterización del lenguaje en las variantes lingüísticas de la Afasia Progresiva Primaria. *Revista signos: estudios de lingüística*, 53(102), 198-218.
- Leff, A. P., Nightingale, S., Gooding, B., Rutter, J., Craven, N., Peart, M., Dunstan, A., Sherman, A., Paget, A., Duncan, M., Davidson, J., Kumar, N., Farrington-Douglas, C., Julien, C., & Crinion, J. T. (2021). Clinical Effectiveness of the Queen Square Intensive Comprehensive Aphasia Service for Patients With Poststroke Aphasia. *Stroke*, 52(10), e594-e598. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.033837>
- Lima, R. R., Rose, M. L., Lima, H. N., Cabral, N. L., Silveira, N. C., & Massi, G. A. (2020). Prevalence of aphasia after stroke in a hospital population in southern Brazil: A retrospective cohort study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 27(3), 215-223. <https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1673593>
- Loaiza, A. M. R., Puerta, J. P. T., Lopez, N. D. C., Parra, V. A., & Quintero, W. A. P. (s. f.). PROYECTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN. 37.
- Mitchell, C., Bowen, A., Gittins, M., Vail, A., Conroy, P., Paley, L., Bray, B., & Tyson, S. (2018). Prevalence of aphasia and co-occurrence of dysarthria: The UK Sentinel Stroke National Audit Programme. *Aphasiology*, 32(sup1), 145-146. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1485863>
- Mitchell, C., Gittins, M., Tyson, S., Vail, A., Conroy, P., Paley, L., & Bowen, A. (2021). Prevalence of aphasia and dysarthria among inpatient stroke survivors: Describing the population, therapy provision and outcomes on discharge. *Aphasiology*, 35(7), 950-960. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1759772>
- Ocampo Navia, M. I., Gómez Vega, J. C., & Feo Lee, O. H. (2018). Epidemiología y caracterización general de los tumores cerebrales primarios en el adulto. *Universitas Médica*, 60(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-1.cere>
- Oliveira, F. F., & Damasceno, B. P. (2011). Global aphasia as a predictor of mortality in the acute phase of a first stroke. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 69, 277-282. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2011000300002>
- Palmer, R., Dimairo, M., Cooper, C., Enderby, P., Brady, M., Bowen, A., Latimer, N., Julious, S., Cross, E., Alshreef, A., Harrison, M., Bradley, E., Witts, H., & Chater, T. (2019). Self-managed, computerised speech and language therapy for patients with chronic aphasia post-stroke compared with usual care or attention control (Big CACTUS): A multicentre, sin-

gle-blinded, randomised controlled trial. The Lancet. Neurology, 18(9), 821-833. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30192-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30192-9)

Palmer, R., Dimairo, M., Latimer, N., Cross, E., Brady, M., Enderby, P., Bowen, A., Julious, S., Harrison, M., Alshreef, A., Bradley, E., Bhadhuri, A., Chater, T., Hughes, H., Witts, H., Herbert, E., & Cooper, C. (2020). Computerised speech and language therapy or attention control added to usual care for people with long-term post-stroke aphasia: The Big CACTUS three-arm RCT. Health Technology Assessment (Winchester, England), 24(19), 1-176. <https://doi.org/10.3310/hta24190>

Pascual, A. S. (2018). Programa de intervención en estrategias de afrontamiento para cuidadores y familiares de personas con afasia [Tesis de Grado, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir] <http://hdl.handle.net/20.500.12466/1369>

Purdy, M., & Dietz, A. (2010). Factors Influencing AAC Usage by Individuals With Aphasia. Perspectives on Augmentative and Alternative Communication, 19(3), 70-78. <https://doi.org/10.1044/aac19.3.70>

Ren, C., Zhang, G., Xu, X., Hao, J., Fang, H., Chen, P., Li, Z., Ji, Y., Cai, Q., & Gao, F. (2019). The Effect of rTMS over the Different Targets on Language Recovery in Stroke Patients with Global Aphasia: A Randomized Sham-Controlled Study. BioMed Research International, 2019, 4589056. <https://doi.org/10.1155/2019/4589056>

Rodríguez-Riaño J, J., & Lizarazo-Camacho A., A. (2015). Participación e inclusión social en adultos con afasia: Análisis bibliométrico. Ciencias de la Salud, 13(3), 447-464. <https://doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.13>

Rosa-Santana, J. D. de la, Morales-Rodríguez, J. de la C., Calás-Torres, J. J., Santiesteban-Ferres, Y., Castresano-García, G., & Morales-Rodríguez, A. (2021). Caracterización de pacientes con afasia secundaria a enfermedades cerebrovasculares. Universidad Médica Pinar de la Reina, 17(2), 1-7.

Sánchez, L. Á. Q. (2015). Comunicación aumentativa y alternativa como estrategia fonoaudiológica. Areté, 15(2), Art. 2.

Sierra Benítez, E. M., León Pérez, M. Q., Sierra Benítez, E. M., & León Pérez, M. Q. (2019). Plasticidad cerebral, una realidad neuronal. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 23(4), 599-609.

Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective | Elsevier Enhanced Reader. (s. f.). Recuperado 6 de octubre de 2022, de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1552526015001971?token=0266CCEB03AB5958ED88F78336A4157A61C3A65B32AAC34547FBBCB6A81735F5ACB7B438CFAD61FE0EA3021808C5CFC0&originRegion=us-east-1&originCreation=20221005235723>

Wilson, S. M., & Schneck, S. M. (2021). Neuroplasticity in post-stroke aphasia: A systematic review and meta-analysis of functional imaging studies of reorganization of language processing. Neurobiology of Language (Cambridge, Mass.), 2(1), 22-82. [https://doi.org/10.1162/nol\\_a\\_00025](https://doi.org/10.1162/nol_a_00025)

Zaballos, G. B. (s. f.). El bienestar que genera la salud aumenta con la inclusión social. Reflexiones sobre la necesaria coordinación sociosanitaria. 17.

Zhang, H., Chen, Y., Hu, R., Yang, L., Wang, M., Zhang, J., Lu, H., Wu, Y., & Du, X. (2017). rTMS treatments combined with speech training for a conduction aphasia patient: A case report with MRI study. Medicine, 96(32), e7399. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000007399>

**Deissy Milena García García**  
Docente Asesor

**Sandra Marcela Bonilla Carrillo**  
**Yully Vanessa Bonilla Carrillo**  
**Silvia Juliana Tolosa López**  
**Diana Marcela Aguilera Sáenz**  
**Julieth Catalina Mendoza Guzmán**  
Especialización Fonoaudiología En Cuidado Crítico  
Facultad de ciencias de la Salud

Fuente de imagenes: Shutterstock, <https://www.shutterstock.com/es/>