



PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA DE PACIENTES CON AFASIA SOBRE LA TELEREHABILITACIÓN

TESIS DE LICENCIATURA 2021
IOVINE FLORENCIA

TUTORA: LIC. MÓNICA DUDOK
CO-TUTORA: LIC. LOURDES MÁTAR
ASESORAMIENTO METODOLÓGICO:
DRA.MG.MINARD VIVIAN
LIC. MARIANA GONZÁLEZ







"Un buen terapeuta no es alguien que pone en práctica sus conocimientos, aunque estos son absolutamente necesarios. Un buen terapeuta es alguien que pone siempre en juego algo de sí mismo"

Anna Basso



Dedicado a mis padres, Antonio y Ana María.



A mi familia, por alentarme y estar presente en cada logro

.

A mis amigas de la vida que estuvieron siempre dándome fuerzas, y a mis amigas de la facultad y actualmente colegas que transitaron conmigo todos estos años y me dejaron los mejores recuerdos de la facultad. A todas les agradezco por haber sido incondicionales.

A mi tutora, la Lic. Mónica Dudok, por su participación, y a mi co-tutora, la Lic. Lourdes Mátar, por brindarme por su apoyo, asesoramiento y buena predisposición durante la realización de esta investigación.

A los familiares de los pacientes que estuvieron dispuestos a ser entrevistados.

A la Dra. Vivian Minnaard y a la Lic. Mariana González, por su paciencia, profesionalismo y guía.

A todos los que fueron parte de este camino y permitieron lograr mi Licenciatura.

Un enorme GRACIAS.



La telerehabilitación durante la pandemia de COVID-19 se convirtió en una herramienta fundamental que permitió la continuidad de los tratamientos fonoaudiológicos. El rol de la familia fue indispensable para continuar muchos tratamientos, como el de pacientes con afasia, que debido a sus dificultades necesitaron ayuda al momento de utilizar esta nueva modalidad.

Objetivo: Analizar las fortalezas y debilidades que identifica el núcleo familiar de pacientes adultos con afasia que reciben tratamiento fonoaudiológico por telerehabilitación durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020/21.

Materiales y métodos: Investigación de tipo descriptiva, transversal y no experimental. Estudio de caso en base a la percepción de familiares de 3 pacientes afásicos que realizan tratamiento fonoaudiológico mediante telerehabilitación. Los datos se obtuvieron mediante encuesta online.

Resultados: La totalidad de los pacientes presentaron afasia debido a un accidente cerebro vascular, dos son personas mayores que hace dos años están en tratamiento, y una joven que comenzó hace un año. El vínculo entre el familiar y la persona con afasia está fuertemente ligado. Los pacientes ya disponían de los recursos tecnológicos necesarios para implementar esta modalidad. Muestran que la modalidad mayormente elegida al momento de realizar telerehabilitación es teleconferencia o videollamada por celular. El grado de adaptación fue positivo debido a la necesidad de continuar con el tratamiento, y el grado de satisfacción también. Al momento de comparar esta modalidad con la consulta presencial se plasman diferentes opiniones, pero todos destacando que la consulta presencial permite el contacto personal con el terapeuta. Los familiares expresan que su ayuda fue sumamente necesaria al momento de utilizar telerehabilitación. Ninguno consideró abandonar el tratamiento. Las ventajas que expresaron fueron la posibilidad de realizar el tratamiento sin tener la necesidad de acceder al consultorio, aunque la gran desventaja destacada es la falta de cercanía con el terapeuta. No obstante, los dos pacientes mayores manifiestan que complementarían la atención presencial y virtual en ciertas ocasiones, mientras que la joven volvería exclusivamente a la modalidad presencial.

Conclusión: La telerehabilitación es una modalidad viable para implementar en pacientes con afasia debido a sus diferentes ventajas, pero se pondera la consulta presencial convencional.

Palabras clave: afasia - telerehabilitación - núcleo familiar - fortalezas y debilidades



Telerehabilitation during the COVID-19 pandemic became a fundamental tool that allowed the continuity of speech therapy treatments. The role of the family was essential to continue many treatments, such as that of patients with aphasia, who due to their difficulties needed help when using this new modality.

Objective: To analyze the strengths and weaknesses identified by the family nucleus of adult patients with aphasia who receive speech therapy by telerehabilitation during the COVID-19 pandemic in the city of Mar del Plata in the year 2020/21.

Materials and methods: Descriptive, cross-sectional and non-experimental research. Case study based on the perception of relatives of 3 aphasic patients who undergo speech therapy through telerehabilitation. The data were obtained through an online survey.

Results: All the patients presented aphasia due to a cerebrovascular accident, two are elderly people who have been in treatment for two years, and a young person who began a year ago. The bond between the family member and the person with aphasia is strongly linked. The patients already had the necessary technological resources to implement this modality. They show that the modality most chosen at the time of telerehabilitation is teleconference or video call by cell phone. The degree of adaptation was positive due to the need to continue with the treatment, and the degree of satisfaction as well. When comparing this modality with the face-to-face consultation, different opinions are expressed, but all of them highlighting that the face-to-face consultation allows personal contact with the therapist. Family members express that their help was extremely necessary when using telerehabilitation. None considered abandoning treatment. The advantages that they expressed were the possibility of carrying out the treatment without having the need to access the office, although the great disadvantage highlighted is the lack of closeness with the therapist. However, the two older patients state that they would complement face-to-face and virtual care on certain occasions, while the young one would return exclusively to face-to-face modality.

Conclusion: Telerehabilitation is a viable modality to implement in patients with aphasia due to its different advantages, but the conventional face-to-face consultation is weighted.

Keywords: aphasia - telerehabilitation - family nucleus - strengths and weaknesses



Introducción.....1

Capítulo I
 Afasia: enfoques clásicos y cognitivos.....4

Capítulo II
 Telerehabilitación en la afasia.....16

Diseño metodológico.....27

Análisis de datos.....36

Conclusiones.....50

Bibliografía.....53

INTRODUCCIÓN





El lenguaje es la habilidad que le permite al ser humano interactuar con su entorno, siendo la base de la comunicación humana. Ferreres et al. (2014)¹ expresan que:

“El lenguaje, la parte más accesible de la mente humana, es un poderoso sistema de comunicación que interactúa con muchas funciones como la percepción, la memoria, el pensamiento, la planificación y el control de la conducta” (p.183)

Un adulto que presenta un daño cerebral adquirido, puede padecer una alteración en los procesos básicos del lenguaje, a lo que se denomina afasia. (Ardila, 2005 citando a Woods, 1985b)². La rehabilitación en las personas afásicas es fundamental para que puedan conectarse con su entorno.

“La persona afásica perdió, al menos en parte, su capacidad de relacionarse con los demás a través del lenguaje, no puede expresar sus propias ideas o deseos y tiene dificultad para entender los de los demás. Debe realizar un esfuerzo continuo de atención para entender lo que se le dice y lo que sucede a su alrededor” (Basso, 2010, p. 98)³

La clave para que el tratamiento sea eficaz, es el rol del terapeuta que debe principalmente escuchar para entender lo que intenta expresar el paciente. Por lo tanto, la rehabilitación es un proceso interactivo entre ambos.

En el transcurso del año 2020, debido al distanciamiento social provocado por el COVID-19 en todo el mundo, la rehabilitación tuvo que adaptarse a esta situación y poner en uso las nuevas tecnologías para que los pacientes puedan continuar con sus tratamientos.

La telemedicina es una modalidad utilizada desde hace unos años debido al gran avance de las nuevas tecnologías. En un principio, tenía como fin principal que las personas que vivían en lugares alejados puedan tener un fácil acceso a los servicios sanitarios. (Monteagudo y col., 2005)⁴

Actualmente, debido a la situación sanitaria, los terapeutas como pacientes tratados en la consulta presencial convencional, tuvieron que adaptarse a esta formalidad, utilizando nuevas herramientas para que la terapéutica brinde los mismos resultados. Desde este punto, fue un desafío para el terapeuta, ya que, debió idear estrategias que motiven al paciente para

¹ En la Neuropsicología y Neurociencia cognitiva el termino lenguaje se utiliza habitualmente como sinónimo de procesos nucleares del lenguaje

² Se lo debe distinguir de la afasia infantil o denominada también disfasia infantil, que es provocada por una lesión cerebral antes de la adquisición del lenguaje.

³ Debido a este déficit en el uso del lenguaje la persona pierde su rol tanto en la familia como en la sociedad, ya que no logra conectarse con su entorno.

⁴ La telemedicina también es apreciada con fines educativos y de formación, abaratando costos y tiempo de movilización.



que continúe avanzando en la terapia, ya que este aspecto pudo verse afectado como consecuencia del confinamiento.

Por otro lado, un punto que cabe destacar en este contexto, es el rol de la familia en el tratamiento, que brinda apoyo y contención en los mismos, siendo un soporte fundamental para que el paciente desde su hogar pueda continuar con las sesiones.

A partir de lo presentado anteriormente se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las fortalezas y debilidades que identifica el núcleo familiar de pacientes adultos con afasia que reciben tratamiento fonoaudiológico por tele rehabilitación durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020/21?

El objetivo general es:

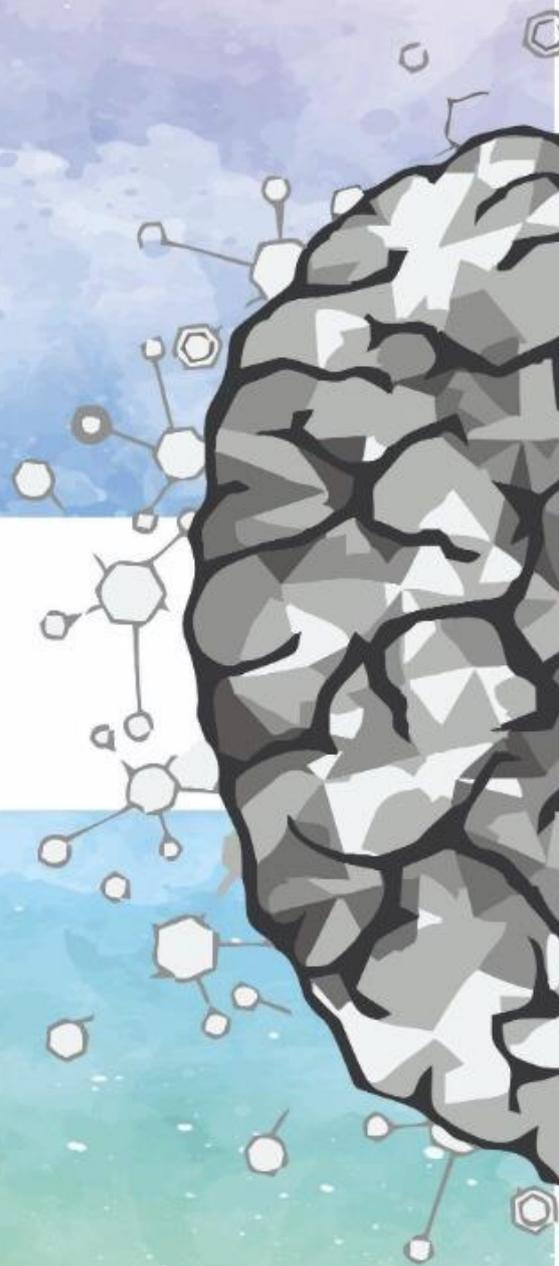
Analizar las fortalezas y debilidades que identifica el núcleo familiar de pacientes adultos con afasia que reciben tratamiento fonoaudiológico por telerehabilitación durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020/21.

Los objetivos específicos son:

- Examinar el grado de satisfacción del núcleo familiar respecto a la utilización de la telerehabilitación
- Sondear el rol de la familia en el tratamiento a través de la telerehabilitación.
- Inquirir sobre el nivel de adaptación a esta nueva modalidad.
- Indagar sobre la percepción de la familia en relación a la eficacia de la telerehabilitación en comparación a la rehabilitación convencional presencial.
- Caracterizar la percepción del profesional sobre la implementación de la telerehabilitación.

CAPÍTULO 1

AFASIA: ENFOQUES CLÁSICOS Y COGNITIVOS





“La afasia es una alteración de la comprensión y formulación del lenguaje causada por una disfunción en regiones específicas del cerebro.” (Damasio, 1992, p.531)⁵

La afasia fue descrita y explicada desde distintos enfoques teóricos y con distintas herramientas de evaluación. La evaluación y rehabilitación de sujetos afásicos fue ampliando su estudio y se fue deslizando de la correlación anátomo-clínica y la descripción de los síntomas, al análisis de los procesos subyacentes, es decir, de la persona aislada y como objeto de estudio separado de su entorno, al funcionamiento social con otros participantes. (Cid, 2016)⁶.

Luego de un daño cerebral se presenta en cierto modo una recuperación espontánea. Un aspecto importante de la recuperación espontánea es el resultado de los procesos neurofisiológicos subyacentes que se llevan a cabo en el cerebro luego del evento neurológico. Frecuentemente se expresa que los tres primeros meses representan el periodo durante el cual se debe esperar el máximo de recuperación, usualmente cae luego de seis o siete meses y después de un año es muy poca la que se presenta. Sin embargo, el desarrollo de estrategias por parte del paciente mismo y la exposición a una práctica permanente, podrían ser parte de la llamada recuperación espontánea tardía. (Ardila, 2005)⁷

Las áreas cerebrales relacionadas con el lenguaje son múltiples y las lesiones cerebrales ocurren en distintas localizaciones. Según el daño, las alteraciones del lenguaje pueden presentarse en varias formas debido a que las lesiones pueden afectar con mayor o menor intensidad los diferentes aspectos del lenguaje tales como producción oral, comprensión auditiva, lectura, entre otros. Desde el modelo clásico, las formas de presentación clínica han sido descritas como síndromes. Un síndrome afásico es un conjunto de signos de alteración del lenguaje cuya presentación coocurrente se observa con cierta frecuencia. En el camino por comprender las relaciones cerebro-lenguaje, los síndromes han sido repetidamente analizados, relacionados con la localización anatómica de las lesiones que los producen y clasificados de acuerdo a criterios psicológicos, lingüísticos, y anatómicos. La discusión sobre las características, naturaleza y clasificación de los síndromes constituye uno de los temas más polémicos y confusos de la afasiología. (Labos et al., 2008)⁸

⁵ Es el resultado de una ruptura de la traducción bidireccional que establece una correspondencia entre pensamientos y lenguaje.

⁶ El trabajo clínico en la rehabilitación de afásicos, requiere partir de uno o diversos modelos teóricos para luego diseñar un tratamiento que sea efectivo de acuerdo a la persona a quien está dirigida.

⁷ Se identificaron dos etapas diferentes durante la recuperación: la etapa 1 o recuperación temprana que se da luego de cualquier patología del cerebro, y la etapa 2 o recuperación tardía que puede tomar lapsos de meses o años.

⁸ Sin embargo, el uso clínico los ha consagrado como una manera gruesa de identificar y catalogar los déficits de los pacientes.



La afasiología según Peña-Casanova et. al (2012)⁹:

“Es la disciplina que se encarga de caracterizar la conducta verbal alterada de un paciente a consecuencia de una lesión cerebral y procurar, en la medida de lo posible, ofrecer una rehabilitación adecuada a esa conducta” (p.4)

En la evaluación de la afasia se trata de cumplir principalmente con cuatro propósitos: diferenciar los dominios comprometidos y preservados, establecer la gravedad del trastorno, elaborar un diagnóstico diferencial para determinar el tipo de afasia y planificar la rehabilitación del lenguaje. La evaluación puede ser formal, mediante la aplicación de baterías de evaluación estandarizadas, o informal, mediante una evaluación clínica. (González et. al., 2014)¹⁰

El diagnóstico diferencial es un proceso complejo en el que se deben considerar una gran cantidad de variables con el propósito de ir reduciendo las posibilidades y llegar a determinar el tipo de trastorno. A pesar de que el síntoma nuclear de la afasia es la anomia, y ésta se encuentra presente en todos los tipos de afasia, se pueden establecer diferentes perfiles sindromáticos. Para poder determinar el tipo de afasia, es necesario llevar a cabo el diagnóstico diferencial, el cual desde la perspectiva clásica, considera: el discurso expresivo oral, la repetición y la comprensión auditiva. (González et. al. 2014 citando a Helm-Estabrooks et. al. 2005)¹¹

Tabla 1: Afectación en los dominios del lenguaje en función del tipo de afasia

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

⁹ Se utiliza esta expresión cuando se estudian las disfunciones que se producen en las estructuras lingüísticas y en los procesos psicolingüísticos.

¹⁰ Algunos aspectos generales a evaluar son el lenguaje expresivo y comprensivo, la lectura y la escritura.

¹¹ Se comienza por determinar si el discurso es fluente o no fluente. Luego, se debe establecer si es capaz o no de repetir enunciados. Finalmente, comprobar si está conservada o no la comprensión auditiva.



Fuente: González et. al. (2014) citando a Ardila (2005), Chávez (2003), Jiménez (2011), Vendrell (2001)¹²

Sin embargo, todas las clasificaciones han demostrado limitaciones y han sido cuestionadas. Los síndromes eran entidades heterogéneas, suponiendo que un síndrome representaba un trastorno funcional único. Además, la descripción de las alteraciones del lenguaje se basaba en modalidades, y en un tipo de afasia podría haber más de una modalidad alterada, y también que la alteración de la misma podría deberse a distintas causas.

La rehabilitación del lenguaje en la afasia es una de las primeras prácticas clínicas reportadas en intervenciones terapéuticas a pacientes con daño cerebral. Principalmente, desarrollada desde la segunda guerra mundial, responde actualmente a los nuevos modelos en el área de la neuropsicología del lenguaje y la comunicación. (Labos, 2008)¹³

Basso (2010)¹⁴ describe los principales abordajes de la rehabilitación clásica que se presentaron desde la segunda guerra mundial hasta los años ochenta, donde hubo una gran expansión del abordaje cognitivista. Estos abordajes sucedieron en el tiempo y fueron utilizando aportes dados por otras disciplinas relacionadas como la psicología y la lingüística. Por un lado, se encuentra el abordaje basado en la estimulación que sostiene como hipótesis la unidad del trastorno afásico, que consiste en que la terapia implementada debe ser la misma para todos los pacientes y varía sólo en relación con la gravedad del trastorno. El terapeuta es el encargado de identificar si existen otras dificultades presentes, y si los mismos interfieren en la rehabilitación del déficit lingüístico, debe reeducar por separado. El principio fundamental de este abordaje es que el lenguaje no se ha perdido, sino que resulta inaccesible por la lesión cerebral, por lo que el terapeuta debe recrear la situación que le permita al paciente producir la respuesta correcta.

El siguiente abordaje es el pragmático que tiene en cuenta el modo en el cual se utiliza el lenguaje, por lo cual su interés está centrado en la situación comunicativa y no en el contenido lingüístico. Esta orientación terapéutica se focaliza en la capacidad de la persona de comunicar un mensaje independientemente del canal que utiliza. El método más conocido que tiene en cuenta este fundamento es la Promoting Aphasics Communicative Effectiveness o también reconocido como PACE. Dos aspectos innovadores de este método respecto a la rehabilitación tradicional son: desarrollar la capacidad comunicativa y no solo lingüística de

¹² Existe una amplia clasificación de síndromes afásicos en función de la localización de la lesión, aunque la concordancia no es precisa debido a la neurodiversidad entre las personas y la forma resultante de la afasia

¹³ Las neurociencias, las ciencias cognitivas y la pragmática son tres vertientes de desarrollo en la investigación clínica contemporánea que marcan cambios de rumbo en las intervenciones, dando lugar al desarrollo de otros modelos y técnicas terapéuticas.

¹⁴ Considera que una revisión de la literatura puede ayudar a entender cuáles han sido las orientaciones terapéuticas en un determinado momento y cuál fue su base teórica.



los pacientes afásicos, y que haya siempre un intercambio de información entre el terapeuta y el paciente.

En cambio, el abordaje neurolingüístico se basa en la rehabilitación que tiene como objetivo la recuperación de las capacidades lingüísticas poniendo énfasis en la teoría lingüística utilizando un mismo método para distintos pacientes que tienen el mismo daño. Por último, el abordaje neosociacionista deriva del abordaje basado en la estimulación pero con la gran diferencia que no sostiene que la afasia es un trastorno unitario. La escuela neosociacionista o neoclásico presentó varios tipos de tratamiento para pacientes afásicos. La Terapia de Acción Visual consiste en incrementar la capacidad de los sujetos con pobreza verbal en la producción de gestos representacionales con el propósito de una comunicación funcional. Por otra parte, la Terapia de Entonación Melódica se basa en estimular la recuperación del habla proposicional en sujetos, que a pesar de tener relativamente preservada la comprensión auditiva, presentan una severa no-fluidez en su capacidad de comunicarse, incluso para una única palabra. El Tratamiento de la Perseveración Afásica que consiste en reducir las perseveraciones verbales recurrentes, que bloquean la recuperación y la producción de palabras pretendidas. Por último, se encuentra el Programa de Producción Sintáctica para la Afasia que tiene como objetivo mejorar la capacidad de los sujetos con afasia no-fluida y que muestran agramatismo (Helm-Estabrooks et al., 2005)¹⁵.

Sin embargo, Basso (2010)¹⁶ expresa que estos abordajes presentan ciertas debilidades. El abordaje basado en la estimulación se basa en un antiguo paradigma que no puede ser justificado teóricamente ya que no reconoce elementos como la lectura, la escritura, entre otros, como básicos. Por otra parte, el abordaje pragmático ignora las posibles diferencias entre diferentes sujetos con afasia, por lo cual el tratamiento es igual para todos. El abordaje neurolingüístico presenta el límite de que la lingüística como ciencia no brinda estrategias útiles para la rehabilitación de estos sujetos. Por último, el abordaje neosociacionista no tiene en cuenta las causas ni la individualización sino la recuperación del síntoma superficial.

Con la introducción de los modelos lingüísticos, que describen los componentes estructurales del lenguaje, y los psicolingüísticos, que describen los procesos que subyacen a las tareas del lenguaje, los síndromes fueron lentamente dejados de lado como unidades de análisis para el estudio de las bases cerebrales y la búsqueda se direccionó al estudio de los correlatos neurales de los componentes lingüísticos: semántica, fonología, sintaxis y de

¹⁵ Estos abordajes terapéuticos presentan un análisis más detallado del trastorno afásico.

¹⁶ En lo que respecta a la reeducación del lenguaje, se debe tener en cuenta que los terapeutas utilizaron los conocimientos que se fueron acumulando en los distintos campos de interés de la afasiología, particularmente de la lingüística y la psicología.



los procesos que se encuentran en los modelos de procesamiento como la recuperación fonológica y semántica, entre otros.

El concepto de rehabilitación neuropsicológica es relativamente reciente y de gran desarrollo en el contexto de las neurociencias cognitivas. Si bien la tarea de la rehabilitación estaba en sus comienzos dirigida al lenguaje, han aumentado en gran medida los trabajos sobre intervenciones en otros dominios como la memoria, la atención, las gnosias y praxias y las funciones ejecutivas. La extraordinaria neuroplasticidad cerebral hace posible cambios estructurales y funcionales tendientes a compensar el daño, los avances teórico clínicos de forma interdisciplinaria y otros factores que se tuvieron en cuenta, permitieron la posibilidad de creación de nuevas técnicas, recursos e instrumentos diagnósticos y terapéuticos optimizando en gran medida las actuales intervenciones neuropsicológicas. (Labos, 2008) ¹⁷

A finales de los años 70 Michael Gazzaniga y George Miller denominaron Neurociencia cognitiva a un programa de investigación, que tenía como finalidad estudiar los fundamentos biológicos de la cognición humana. La neurociencia cognitiva estudia entre otros aspectos las funciones cerebrales superiores, como las funciones cognitivas las cuales requieren de procesos cerebrales más complejos a nivel estructural y funcional para su ejecución. Dentro de estas funciones cerebrales se encuentran el lenguaje, el aprendizaje, la memoria, la percepción, la atención, la emoción y la conciencia, todas fuertemente relacionadas con la plasticidad y el estrés cerebral. (Luxardo, 2021)¹⁸

La Neuropsicología Cognitiva es una disciplina resultante de la convergencia de la Psicología Cognitiva y la Neuropsicología. La Psicología Cognitiva se encarga de estudiar los procesos mentales que posibilitan la habilidad diaria de reconocer el entorno que rodea al sujeto y ser una persona funcional para realizar funciones como leer, planificar, tomar decisiones, entre otras. La Neuropsicología estudia la forma en que las estructuras y los procesos específicos del cerebro interfieren en el comportamiento. Por lo tanto, la Neuropsicología Cognitiva pretende clasificar los mecanismos de las funciones cognitivas haciendo uso de la evidencia que proviene de la neuropatología (Ellis et.al., 1992)¹⁹.

La aplicación del enfoque cognitivo al estudio de los pacientes afásicos propuso cambios importantes en todos los niveles. Las principales características de la Neuropsicología Cognitiva que diferencian a la Neuropsicología Clásica son: síntomas en vez

¹⁷ El término rehabilitación neuropsicológica se extiende a toda intervención que se base en una teoría o modelo sobre el funcionamiento cognitivo y que incluya una articulación entre cerebro y comportamiento.

¹⁸ Su surgimiento como ciencia tiene su base en la aparición de varios logros, uno de ellos fue el surgimiento de técnicas de neuroimágenes menos invasivas y por otro lado la sistematización teórica de la psicología cognitiva a lo largo de casi cinco décadas de trabajo ininterrumpido.

¹⁹ Las diferencias entre pacientes desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de las teorías de la neuropsicología cognitiva.



de síndromes, disociaciones en vez de asociaciones y estudios de casos en vez de estudios de grupos. La Neuropsicología Cognitiva se interesa por explicar cada uno de los síntomas que pueda presentar un paciente afásico, independientemente de que algunos de estos síntomas pueden aparecer juntos o separados. Tanto la Neuropsicología Clásica como la Cognitiva tienen interés en conocer los síntomas que presenta cada paciente afásico pero los objetivos son diferentes: la clásica utiliza los síntomas para clasificar al paciente dentro de determinado síndrome y la cognitiva para averiguar qué componentes del sistema de procesamiento lingüísticos están dañados. Por otra parte, para poder constituir síndromes la Neuropsicología Clásica intenta descubrir qué síntomas están asociados. En cambio, la Neuropsicología Cognitiva se interesa por describir qué procesos son disociables, es decir que dependen de sustratos diferentes y que por lo tanto pueden ser dañados de forma independiente. En este caso, las dobles disociaciones son una importante herramienta metodológica que está sirviendo para separar procesos que habitualmente se consideraban dependientes. Por último, la Neuropsicología Clásica considera que todos los pacientes clasificados dentro de un mismo síndrome tienen características comunes por lo cual los estudios con grupos de pacientes son habituales en este enfoque. Sin embargo, la Neuropsicología cognitiva, considera a cada paciente como un caso único, ya que, que dos pacientes tengan dañados los mismos procesos y con el mismo nivel de gravedad es difícil de observar (Cuetos, 2003)²⁰

Este modelo de procesamiento del lenguaje cognitivo se basa en dos elementos clave, los módulos o unidades elementales de procesado y los diagramas de flujo que representan de forma gráfica las distintas rutas que pueden ser utilizadas en una función determinada, a lo largo de los distintos módulos. Los modelos neurocognitivos subdividen las sub-funciones del lenguaje, tales como habla, denominación, comprensión, lectura, escritura, en múltiples módulos. Cada módulo realiza una función particular de procesado de la información, específica de ese módulo y altamente especializada en el conjunto del sistema. El segundo elemento clave de los modelos cognitivos del lenguaje es la utilización de diagramas de flujo, tomados de los modelos de procesado de la información. Se trata de representar la secuencia de operaciones que los diferentes componentes del modelo realizan en una tarea determinada del lenguaje. (Millán et. al, 2000)²¹

²⁰ Los cambios propuestos fueron desde las categorías utilizadas en la clasificación, hasta la manera de enfocar la evaluación y la rehabilitación.

²¹ Los modelos cognitivos son los herederos de las teorías asociacionistas clásicas de los centros de imágenes de Wernicke, Lichtheim y Dejeune



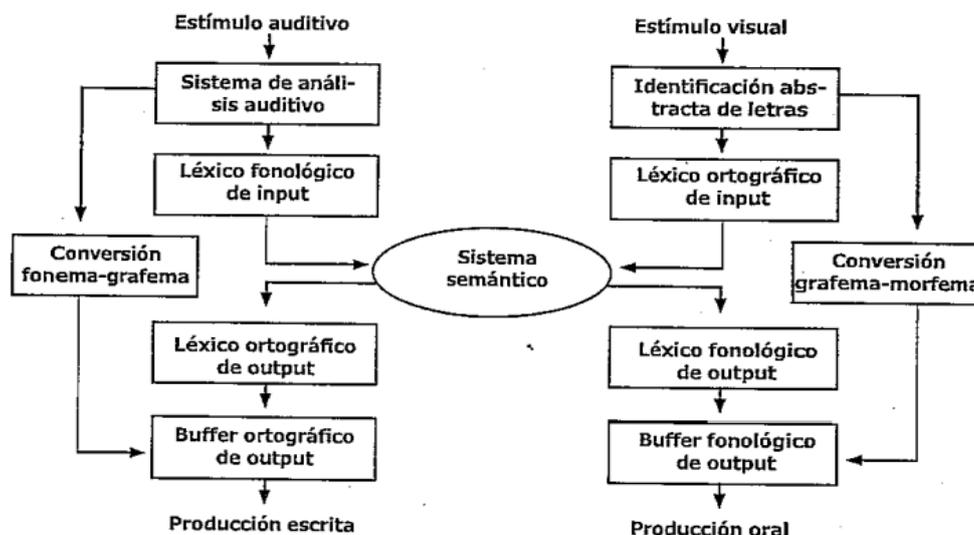
Basso (2010)²² expresa que partiendo de la idea de que cualquier función cognitiva está compuesta de un determinado número de componentes, o también llamados módulos, conectados entre sí pero que funcionan de forma independiente, el abordaje cognitivo utiliza modelos de elaboración de la información. Esto es importante, ya que la lesión cerebral puede dañar únicamente a un componente u otro. Por lo tanto, el estudio de las personas con daño cerebral permitirá interpretar el déficit que presente sobre la base de un modelo de funcionamiento normal y aportar datos significativos sobre la estructura funcional de los procesos cognitivos. El abordaje cognitivo se basa en tres principios básicos: el de modularidad, el de universalidad y el de transparencia. El de modularidad indica que cada función cognitiva está compuesta por una serie de elementos que funcionan independientemente, y que la estructura de esa función no varía de un sujeto a otro, pero es universal. Por otra parte, el de transparencia indica que la lesión en la estructura no altera al sistema, ya que el mismo continúa funcionando como antes, pero sin el aporte específico del componente dañado, siendo imprevisible. Con respecto al estudio de la afasia, los modelos del sistema semántico-lexical demostraron ser muy útiles para interpretar el comportamiento de los sujetos afásicos. El sistema semántico-lexical hace referencia a todos los conocimientos que una persona tiene en relación a las palabras. Los conocimientos semánticos hacen referencia a lo que la persona conoce relativamente respecto al concepto, mientras que los conocimientos lexicales son todos los conocimientos relativos a la forma de la palabra que representa el concepto. Se supone que estos conocimientos están conservados en componentes separados e independientes del sistema semántico-lexical: el componente semántico y el componente lexical.

El conocimiento de la estructura normal permite determinar cuáles son las consecuencias de un daño en los diferentes componentes, y esto permite programar un tratamiento terapéutico enfocado en el daño funcional y por lo tanto más eficaz que un tratamiento genérico.

²²El estudio de los sujetos con daño cerebral permitirá interpretar su déficit sobre la base de un modelo de funcionamiento normal y de aportar datos importantes sobre la estructura funcional de los procesos cognitivos.



Tabla 2: Representación esquemática del sistema semántico - lexical



Fuente: Basso (2010)²³

Según Cuetos (1998)²⁴ para determinar el tipo de rehabilitación específica se debe tener en cuenta qué proceso o procesos se encuentran dañados. También, es importante la naturaleza de la lesión y su alcance, ya que dependerá de si la misma ha destruido determinado almacén de representaciones o si solamente ha debilitado las conexiones que existen entre los almacenes, por lo cual el paciente no consigue acceder a ellas. A partir de estas características se pueden poner en práctica cuatro formas para rehabilitar: facilitación, reaprendizaje, reorganización y adaptación.

La terapia de facilitación tiene como objetivo lograr igualar el camino de la información a la que el paciente puede acceder, y que se encuentra inactiva. Este objeto se logra mediante la utilización de claves como dibujos, letras y fonemas, que permite al paciente recuperar la información que tiene almacenada pero que no consigue activar. Por otro lado, el reaprendizaje consiste en volver a enseñar habilidades perdidas, por lo cual, si el paciente a causa de la lesión pierde la habilidad de leer, este mecanismo tiene como objetivo utilizando diferentes tipos de ayudas, enseñarle de nuevo. La terapia de reorganización, también puede aplicarse cuando el paciente pierde la información, pero a causa de la gravedad de la lesión, no es capaz de aprender esa información por los medios habituales por lo que se tienen que intentar otros procedimientos diferentes, generalmente utilizando los procesos que se encuentran intactos. Se debe tener en cuenta de que a pesar de que el resultado final sea el mismo que en la terapia de reaprendizaje, los pasos seguidos y/o los procesos utilizados son

²³ El modelo está detallado para poder individualizar el daño funcional subyacente a los errores producidos por el paciente afásico y de encaminar, sobre la base del diagnóstico funcional, un tratamiento de rehabilitación coherente con el daño funcional.

²⁴ Este autor presenta tipos de rehabilitación siguiendo el lineamiento de la Neuropsicología cognitiva.



distintos. Por último, la terapia de adaptación es utilizada cuando el paciente no tiene la capacidad de realizar nuevos aprendizajes o reorganizaciones, por lo cual solo se puede sustituir la habilidad perdida por otras que le permitan comunicarse.

Las terapias destinadas a la rehabilitación de la afasia tratan de mejorar la comunicación y los aspectos funcionales y psicosociales que se ven afectados debido al déficit en la capacidad del lenguaje.

Simmons-Mackie et al. (2014)²⁵ expresan que la mayoría de las terapéuticas para la afasia tienen como objetivo en última instancia mejorar la comunicación y la conversación naturales. Sin embargo, una variedad de intervenciones para la afasia se han descrito explícitamente como terapia de conversación. Estos enfoques se distinguen de las intervenciones que tienen como objetivo generalizar las habilidades entrenadas de las tareas lingüísticas o funcionales a la conversación natural. Más bien, las terapias orientadas a la conversación se centran abiertamente en cambiar los comportamientos dentro del contexto de la conversación. Este tipo de terapia se caracteriza por tener un enfoque directo y planificado que está diseñado para mejorar la habilidad conversacional y la confianza de la persona con afasia usando actividades que abordan directamente la conversación y se focaliza en cambiar conductas dentro del contexto de una conversación.

Al mismo tiempo, la intervención centrada en la interacción es compatible con la evidencia en la rehabilitación del accidente cerebrovascular en general que involucra activamente a los seres queridos del paciente con accidente cerebrovascular, como cuidadores. En el programa de rehabilitación presenta más resultados positivos, tanto para los cuidadores como para los pacientes. La formación activa de las personas que rodean al paciente con afasia sobre cómo comunicarse con el mismo, es importante porque son ellos los que estarán interactuando a diario con la persona y tendrán que adaptarse, tanto conductual como emocionalmente, a las capacidades comunicativas reducidas debido al déficit que presenta (Wilkinson et al., 2012)²⁶.

Ferreres et al. (2014)²⁷ expresan que la afasia es una patología con un enorme impacto sobre todos los aspectos de la vida del paciente. La pérdida del lenguaje afecta la vida social, laboral, familiar y, por supuesto, la esfera psicológica del paciente ya que el lenguaje es el principal medio para expresar sus ideas, emociones, afectos e intenciones.

²⁵ La terapia de conversación en la afasia se ha publicado dentro de una variedad de enfoques diferentes, como el entrenamiento en pareja de comunicación, la terapia de afasia grupal, enfoques de apoyo a la comunicación y terapias centradas en la interacción.

²⁶ Las estrategias comunicativas pueden ser utilizadas por uno o ambos hablantes para adaptar la forma en que hablan o utilizar comportamientos no verbales, con el objetivo final de tener conversaciones que tengan el mayor éxito posible.

²⁷ Los signos lingüísticos y sus combinaciones constituyen el más rico y preciso sistema de transmisión de información y su dominio resulta imprescindible para desempeñarse en la sociedad humana.



Un aspecto importante que siempre se debe tener presente, es que los tipos de rehabilitación se deben hacer teniendo en cuenta la clase de paciente, el tipo de lesión y los síntomas que presente, como también es importante la edad y el contexto del paciente. (Pasuy Guerrero et al., 2013)²⁸

La terapia destinada a la afasia debería presentar como objetivo general, que la persona con afasia pueda volver a comunicarse con su entorno y que el entorno pueda comunicarse con la misma. Dentro de este objetivo general se plantean objetivos específicos que variarán de acuerdo a las necesidades del paciente, al período evolutivo y a la severidad de la afasia. El tratamiento debería incluir tanto a la persona con afasia como también a sus interlocutores, y debería tener en cuenta no sólo el tratamiento de los déficits lingüísticos sino también el uso del lenguaje oral y de otros medios de comunicación para sostener, facilitar y compensar el daño en el lenguaje (Cid, 2016)²⁹.

Fernández Vera (2020)³⁰ expresa que considerar la afasia como un trastorno que afecta únicamente al lenguaje supone un error, dado que se pierden de vista aspectos fundamentales a tener en cuenta, como la calidad vida. La persona con afasia no puede mantener los roles que desempeñaba, la familia sufre una crisis, su entorno social se aleja al no saber cómo tratarlo, y la persona tiende a aislarse. Una afasia implica una serie de cambios radicales en la vida del paciente. La pérdida en la habilidad para comunicarse en forma normal, no solamente afecta al paciente que la sufre, sino también a todas las personas que le rodean, en particular a su familia. El paciente puede pasar de ser una persona activa, capaz de tomar decisiones, muchas veces al frente de un grupo familiar y laboral, a ser una persona al menos parcialmente disminuida, dependiente y limitada (Campos, 2011)³¹.

La orientación familiar deberá adaptarse al carácter específico del trastorno, y resaltar las capacidades preservadas del paciente que le permitirán, dependiendo su dificultad, compartir toma de decisiones familiares y personales. La motivación, el sostenimiento de la comunicación verbal, la optimización de la intercomunicación social y familiar y el apoyo psicológico al paciente son variables activas a la hora de aplicar estrategias específicas. La función del terapeuta será de acompañamiento y guía en la recuperación funcional,

²⁸ Estos factores influyen en el momento de proporcionar un adecuado tratamiento para lograr una apropiada mejoría.

²⁹ Adaptarse a las necesidades de la persona con afasia implica que las personas que rodean al sujeto deberán utilizar estrategias comunicativas para una comunicación efectiva.

³⁰ Dos de las principales variables consideradas afectadas en las personas con afasia son la depresión y el aislamiento social.

³¹ El paciente es incapaz de continuar realizando la misma actividad laboral, lo cual no sólo tiene implicaciones psicológicas sino también económicas y sociales.



aprovechando siempre los conocimientos residuales, hacer énfasis en el saber conservado del paciente lo alienta y lo motiva a seguir adelante en una tarea dificultosa (Labos, 2008)³².

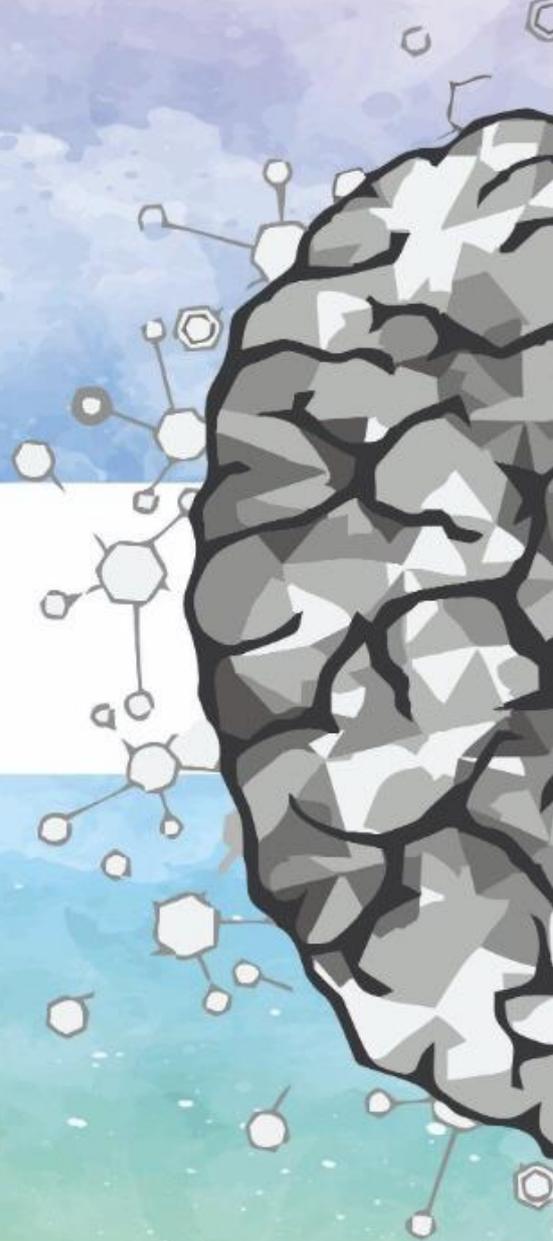
La rehabilitación de sujetos afásicos requiere formación en distintos enfoques teóricos tanto para el diagnóstico como para su tratamiento. El fonoaudiólogo debe evaluar y decidir qué tratamiento es el indicado para el paciente en ese momento determinado de su evolución. Un mayor conocimiento sobre la afasia y su rehabilitación podría contribuir a que los terapeutas sean mejores interlocutores de personas que padecen este trastorno en la comunicación (Cid, 2016)³³.

³² Respetar los intereses y objetivos prioritarios del paciente será fundamental a la hora de jerarquizar la función a rehabilitar y seleccionar los estímulos en formato y contenido.

³³ Pensar qué hacer para que logre una evolución favorable y llevar a cabo las sesiones, requiere decisiones terapéuticas que debe realizar el fonoaudiólogo en su práctica clínica diaria.

CAPÍTULO 2

TELEREHABILITACIÓN EN LA AFASIA





En la era digital, la creciente expansión de la tecnología y las telecomunicaciones abrió nuevas fronteras y acortó distancias. La telemedicina fue el medio por excelencia utilizado a partir de la propagación del COVID-19 mundialmente, que ocasionó una emergencia sanitaria que llevó a que se debieran tomar los recaudos necesarios para que el virus no siguiera expandiéndose. Por esto, los profesionales de la salud debieron enfrentar el desafío de adaptarse a recursos que involucran a la combinación de nuevas tecnologías que dieron como resultado la telemedicina. (Fernández et. al, 2010) ³⁴

Este medio surge en la década de los 70 con el avance de la tecnología, donde el uso de internet, teléfonos móviles, computadoras de escritorio iba en aumento, y se manifiesta como una forma de lidiar contra las barreras geográficas incrementando el acceso a los cuidados sanitarios, particularmente en lugares localizados a grandes distancias de la zona urbana y países en vías de desarrollo. (Castillejo, 2013 citando a las OMS, 2010) ³⁵

La aparición del COVID-19 marcó un antes y después en el uso de las tecnologías en el área de la salud, ya que la consulta presencial convencional se veía restringida.

La Organización Mundial de la Salud (2010)³⁶ describe ampliamente a la telemedicina como:

“Aportar servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, investigación y evaluación, y educación continuada de los proveedores de salud, todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades” (p.8)

Los continuos avances tecnológicos contribuyeron a la practicidad del uso de la tecnología, permitiendo la mejoría de las comunicaciones. La telemedicina se volvió un recurso fundamental que contribuyó al acercamiento de los profesionales de la salud con sus pacientes evitando el riesgo de contagio. El uso de la misma dependió de la capacidad de cada profesional para lograr adaptarse a los recursos tecnológicos a su alcance, y la capacidad de aprendizaje y recursos electrónicos que el paciente tenga acceso.

En el área de rehabilitación, la telemedicina fue llamada de otra manera, como expresa la Asociación Estadounidense del Habla, el Lenguaje y la Audición que adoptó el concepto telepráctica en vez del de telemedicina o telesalud utilizado frecuentemente para evitar la sensación equivocada de que estos mecanismos se utilizan solo en contextos de atención médica. Sin embargo, la asistencia prestada por fonoaudiólogos dedicados a las

³⁴ Debido al contexto sanitario se le dio un mayor auge al uso de esta modalidad.

³⁵ Permitió aumentar la accesibilidad y mejorar la continuidad de la atención de los pacientes.

³⁶ No existe una definición definitiva del término.



áreas de audición, habla y lenguaje se incorpora en el término general más amplio de telerehabilitación. (ASHA citando American Telemedicine Association, 2010).³⁷

En la actualidad, donde la tecnología es algo común, y puede parecer que su uso o tener acceso a ella es muy sencillo, a la hora de trabajar con pacientes, y específicamente con personas con patologías en donde la comprensión y expresión se ve afectada como los afásicos, no suele ser tan simple. Es por esto que los pacientes con afasia, más allá de que debido a su afección necesitan un acompañamiento desde el principio, en esta circunstancia necesitaron aún más contar con la presencia de un familiar o acompañante que lo asista para el uso de las diferentes tecnologías. Por ende, se necesitó un trabajo en conjunto entre profesional, paciente y familia, para enseñar las formas de manejo de la tecnología que estaban a su alcance, produciendo que algunos se habituarán y otros no tanto a la nueva modalidad.

El terapeuta debe capacitarse para conocer la mejor manera de evaluar los trastornos, llegar a diagnósticos, organizar los planes de tratamiento, brindar intervención, suministrar los materiales terapéuticos, instruir sobre sus usos, y además monitorear el progreso del paciente desde su hogar. (Hall et al., 2013)³⁸.

A partir de esto, el terapeuta debió pautar con el paciente el tipo de telerehabilitación más adecuado y práctico para lograr los mismos resultados que en la presencialidad. Las alternativas sobre el tipo de telerehabilitación podían ser sincrónicas, a través de videoconferencias, llamadas y/o chats, o asincrónicas a través de documentos, videos, imágenes, correo electrónico. También puede utilizarse un enfoque híbrido que son programas virtuales utilizados en telerehabilitación que combinan la modalidad sincrónica y asincrónica. (Weidner et. al. 2020 citando a la ASHA, 2019b)³⁹

La forma sincrónica da la oportunidad que ambas partes estén conectadas en vivo y en directo interactuando en el momento, permitiendo compartir la experiencia común y poder reaccionar al instante a la información que se presenta. Mientras que la forma asincrónica es un mecanismo en donde la comunicación no se da en el mismo tiempo y espacio, sino que el emisor envía el mensaje y el receptor accede al mismo en el momento que crea más adecuado. (Rubiano Díaz, 2015)⁴⁰.

Una de las opciones tenidas en cuenta en los tratamientos virtuales de forma sincrónica fue el uso de programas de videollamadas y reuniones virtuales, a los cuales se puede tener

³⁷ Además de la telepráctica, los profesionales también utilizan otros términos como teleaudiología, telespeech y teleterapia del habla.

³⁸ El terapeuta es el encargado de guiar al paciente en esta modalidad.

³⁹ Es decir que involucra tanto la modalidad en tiempo real como en tiempo diferido para la atención clínica.

⁴⁰ La forma sincrónica es una buena manera de comenzar a crear una comunidad virtual cuando la presencialidad no es posible, mientras que la forma asincrónica le brinda autonomía al receptor.



acceso desde computadoras de escritorio, computadoras portátiles, teléfonos móviles y tabletas, que dieron beneficios como la posibilidad de una comunicación más amplia con el paciente y tener la opción de compartir el recurso interactivo para llevar a cabo la actividad planteada por el profesional, logrando una interacción más cercana con el paciente. Por otra parte, otra opción sincrónica utilizada en gran medida si el paciente solo tenía acceso a través de un teléfono móvil, fue una aplicación de mensajería instantánea, en la que se envían y reciben mensajes mediante Internet, así como imágenes, vídeos, audios, grabaciones de audio, y además tiene la posibilidad de realizar llamadas y videollamadas con varios participantes a la vez, entre otras funciones. (Bajaña Martínez., 2021)⁴¹

El contexto de pandemia produjo que se potenciara rápidamente el desarrollo de las tecnologías digitales para lograr una mejor comunicación, que en un escenario distinto hubiese sido más lento. Se le otorgó una gran importancia a estas tecnologías para llevar adelante el aislamiento, y continuar con las actividades que anteriormente requerían de contacto físico.

“Más allá del impacto en las redes de telecomunicaciones, el teletrabajo ha generado impactos en aplicaciones de videoconferencia (para facilitar la comunicación laboral) y el tráfico de datos dentro del hogar con base a la tecnología de Wi-Fi.” (Katz et. al., 2020, p.16)⁴²

Por lo cual, sistemas de proveedores como el servicio de internet, que es la fuente primordial que permite la conexión, debió mejorar su infraestructura para que sus operarios pudieran acceder al mismo sin inconvenientes, ajustándose a estos avances y teniendo en cuenta que más personas estarían conectadas a una misma red en espacio y tiempo. De Vittorio (2020)⁴³ expresa que esta nueva forma de vida llevó a que las actividades de la vida cotidiana estén aún más relacionadas, ya que son sostenidas por un mismo soporte, un mismo ingreso, internet. Por lo tanto, en estas circunstancias, no hay acceso a la sociedad si no es a través de esta red.

Comparando el tratamiento presencial convencional con el uso de la modalidad virtual para los tratamientos se pueden mencionar puntualmente ciertas ventajas y desventajas. Uno de los principales beneficios, ya nombrado anteriormente, que brinda la telerehabilitación es el factor de accesibilidad: este servicio permitió trascender límites geográficos y temporales pudiéndose aplicar en cualquier lugar y momento, debiendo tener en cuenta que ambas partes

⁴¹ La modalidad online producto de una cuarentena forzada, impulsó y motivó el uso de este tipo de tecnología.

⁴² La penetración de Internet en hogares fue la palanca fundamental para poder afrontar la pandemia.

⁴³ Los dispositivos digitales son los mediadores por excelencia entre las personas para poder comunicarse.



tengan acceso a un dispositivo electrónico e Internet. Además, una ventaja adicional de esta modalidad es la reducción de costos, ya que permitió conectar a los pacientes con profesionales especializados en ciertas áreas que no se encuentran en su ubicación geográfica, proporcionando el acceso al tratamiento sin inconvenientes evitando el traslado. Cáceres-Méndez et. al. (2011)⁴⁴ citando a Doolittle GC (2005) manifiesta que los pacientes se encuentran satisfechos al usar esta modalidad debido a que permite un uso más efectivo del tiempo, disminuyendo el tiempo de espera, ahorrando tiempo de traslado como del inicio del tratamiento y además, es una opción factible a los métodos clásicos de administración de servicios para personas en estado terminal. Weidner et al (2020) citando a Theodoros (2013)⁴⁵ expresa que los servicios de patología del habla y el lenguaje son en particular adecuados para telerehabilitación debido a la naturaleza audiovisual de las interacciones y la técnica clínica. Sin embargo, algunas limitaciones o desventajas de esta modalidad se vieron relacionadas al conocimiento del uso de dispositivos y aplicaciones virtuales. El acceso bajo a las nuevas tecnologías de parte de la población y más visibles en poblaciones más necesitadas o desfavorecidas como personas ancianas, países en desarrollo, entre otros, fueron algunas de las desventajas. A su vez, la falta de formación y uso de nuevas tecnologías, o también la falta de disponibilidad tecnológica generó en un principio un requerimiento de adaptación a esta modalidad. Es primordial para esta práctica tener acceso a una conexión adecuada a Internet y a otros equipos de tecnología avanzados que garantizan la integridad de los servicios de telepráctica.

No obstante, las desventajas mencionadas anteriormente no son insuperables, son desafíos que están relacionados con la tecnología utilizada para respaldar y brindar los servicios. Steele et al. (2013)⁴⁶ expresan que los recursos digitales se encuentran en constante evolución y además el avance de la tecnología ampliamente disponible ayudará a disminuir los desafíos asociados con la conectividad, la velocidad de transmisión y la calidad de audio / video.

Otro factor importante más allá del aspecto tecnológico que se vio afectado es como expresa Orlando (2019)⁴⁷ la relación médico-paciente que es el eje central para lograr un resultado óptimo. Adaptarse a esta modalidad estando acostumbrado a la modalidad presencial, donde el contacto humano es imprescindible y da en un punto otro tipo de

⁴⁴ Atribuye también que los pacientes no deban aguardar todo su tratamiento en la clínica o lugar que estén realizando su rehabilitación, a menos que sea necesario, y puedan hacerlo desde su casa.

⁴⁵ Esto mejora el sentido de presencia del terapeuta y facilidad para entablar una buena relación con el paciente.

⁴⁶ Estos factores tienen un gran impacto en la calidad general de los servicios de telepráctica que se pueden proporcionar.

⁴⁷ El uso de esta nueva metodología puede generar desconfianza cuando desconocen el uso de implementos tecnológicos.



confiabilidad, hizo que los profesionales debieran capacitarse para mejorar la calidad del servicio y brindar los mismos resultados que en la consulta convencional.

Vu (2016) citando a Hill y col. (2004)⁴⁸ discutieron sobre los desafíos a los que se pueden enfrentar los terapeutas cuando utilizan la telerehabilitación, como la administración de las pruebas de evaluación a través de la esta modalidad que frecuentemente era más difícil, ya que se tuvieron que hacer ciertas modificaciones a los protocolos de administración, y la puntuación también fue un desafío porque los terapeutas tuvieron dificultades para determinar si los participantes se presentaban dificultades en habilidades del lenguaje receptivo o si eran incapaces de escuchar las preguntas correctamente debido a la interrupción del audio y el video. También se debe tener en cuenta que es importante contar con una persona que acompañe al paciente en esta situación para que pueda configurar el entorno, mientras el terapeuta administra la prueba a través de telerehabilitación.

Considerando estas cuestiones, aunque la telerehabilitación es un mecanismo utilizado hace ya unos años pero debido a la emergencia sanitaria fue un medio de uso obligatorio, es importante establecer como expresa la Ben-Aharon (2019)⁴⁹, que es necesaria una evaluación inicial para determinar si los pacientes son elegibles para utilizar esta modalidad en cuanto a los recursos disponibles, si tienen acceso al equipo necesario para una buena calidad de la consulta, teniendo acceso a Internet de alta velocidad, cámara, micrófono y en lo posible auriculares, y además si el entorno físico es favorable para la telepráctica. Se deben aclarar los interrogantes de si el paciente es un buen candidato para la práctica, si su diagnóstico puede tratarse a través de esta modalidad y si hay un profesional capacitado para su tratamiento. Este proceso de selección es valioso para establecer expectativas claras y lograr resultados positivos.

Teniendo en cuenta que la virtualidad llevó un tiempo de adaptación para todos los participantes de la telerehabilitación, el terapeuta es el encargado de informar sobre diferentes cuestiones a tener en cuenta sobre esta nueva modalidad. El mismo debe tener la capacidad de informar al paciente y la familia sobre cómo se desarrollará la consulta, con un lenguaje sencillo que permita tener expectativas claras sobre la atención que van a recibir, los costos, duración de las sesiones, y otras opciones de atención ya que la telerehabilitación surge como un modelo complementario a la rehabilitación presencial y se debe dejar eso en claro para no formar falsas expectativas (Casanova, 2020)⁵⁰.

⁴⁸ Una mayor gravedad de la afasia puede aumentar los desafíos con la administración de la evaluación a través de esta modalidad.

⁴⁹ La decisión de iniciar el tratamiento virtual debe tener en cuenta la edad del paciente, la tecnología y la urgencia de recibir atención.

⁵⁰ Se debe dejar en claro que a pesar de que la consulta sea de forma virtual se respetará la formalidad al igual que en la consulta presencial.



Algunos de los aspectos que deben considerarse previo a la consulta y se debe informar a la familia y el paciente se relacionan con el uso de los dispositivos, ya que se deben revisar los dispositivos a utilizar e idealmente realizar una prueba previa tanto de conexión a la red, batería de los dispositivos a utilizar, chequear si es necesario descargar aplicaciones correspondientes, y también sobre el lugar donde se va a desarrollar la sesión, dado que se recomienda que sea un lugar privado, iluminado y silencioso dentro de las posibilidades actuales dentro del confinamiento. Un punto importante a considerar debido a que los dispositivos son los mediadores de la comunicación, es generar planes estratégicos para utilizar dispositivos de comunicación alternativos por si eventualmente existe alguna interferencia por una complicación técnica para continuar el contacto con el paciente.

Teniendo en cuenta que la función de la familia es sumamente excepcional desde que la persona adquiere la afasia, en esta nueva modalidad es fundamental especificar que el rol del familiar que lo acompaña o del cuidador es crucial, ya que se necesita a menudo un adulto para proporcionar una ubicación adecuada, ayuda con la configuración y resolución de problemas cuando hay problemas de conectividad y/o preocupaciones tecnológicas. (Ben-Aharon, 2019)⁵¹.

El compañero de comunicación, que es la persona que participa activamente en acompañar al paciente en su evolución, es un concepto que parte desde el enfoque social de la rehabilitación desde el inicio del año 2000 en adelante. Este enfoque no se centra puntualmente en la intervención estructurada del lenguaje, sino que intenta además de abordar aspectos lingüísticos y comunicativos formales, incluir aspectos que tienen relación con el contexto comunicativo, es decir la competencia comunicativa de la persona en diferentes contextos y con diferentes personas. (Olivares, 2020)⁵²

Armstrong et. al. (2010)⁵³ definen que el objetivo de la rehabilitación utilizando este tipo de enfoque se focaliza en la autonomía del paciente con afasia, y que para su realización se necesita la contribución tanto de la persona afectada como de las personas que se encuentran en su contexto comunicativo.

Teniendo en cuenta que cuando un miembro de la familia adquiere afasia, se altera el equilibrio y la dinámica familiar en mayor o menor medida, ya que se debe iniciar un proceso de aceptación, adaptación y reorganización. El grado de adaptación está determinado por variables como la severidad de la afasia, la autonomía física del paciente, su personalidad y la de los familiares, así como la calidad del vínculo de la familia previo a la afasia (González

⁵¹ La presencia del cuidador permite que se aprovechen los beneficios de la terapia en línea.

⁵² Este enfoque se centra en lograr cambios a nivel personal.

⁵³ El compañero de comunicación pueden ser personas del entorno con las que la persona con afasia podría interactuar, incluidos, entre otros, familiares, amigos, voluntarios o proveedores de atención médica.



Artuño et al. 2020)⁵⁴ . La persona sigue siendo la misma que era antes de tener la condición, tanto su inteligencia, recuerdos y personalidad se mantienen, pero que la comunicación es la vía afectada. Por lo cual, un punto importante es que el terapeuta le brinde estrategias de comunicación a la familia para que la comunicación diaria sea la más fluida posible.

A partir del uso de la telerehabilitación el acompañamiento de la familia debió afianzarse aún más para que el paciente pudiera continuar con el tratamiento, ya que, sin la ayuda de los mismos en el aprendizaje de la utilización de los medios tecnológicos, hubiese sido casi imposible sostenerla. El compañero de comunicación es imprescindible, no solamente como una ayuda técnica en el uso de dispositivos sino como alguien que va a participar continuamente en el tratamiento. El terapeuta es el encargado de otorgar las herramientas necesarias para continuar favoreciendo lo trabajado en las consultas, y así la comunicación pueda ser funcional en su entorno cotidiano. Ferguson et. al. (2010)⁵⁵ expresan que el lenguaje se considera funcional cuando cumple múltiples propósitos y puede utilizarse en todos los contextos, y además se debe tener en cuenta que el lenguaje no es sólo un conjunto de construcciones sintácticas/semánticas sino que se lo debe destacar como un conjunto de recursos de creación de significado que son indispensables para la comunicación diaria y que permiten a la persona no solo transmitir información, sino también mantener una interacción en las relaciones sociales.

Cameron (2019)⁵⁶ asevera que la capacitación de los compañeros de comunicación puede ser beneficiosa para reducir las barreras de accesibilidad para personas con afasia. La familia debe reconocer el esfuerzo del paciente y motivarlo a comunicarse. También apoyarlo para que sea lo más independiente posible, e integrarlo en los contextos permitiendo que participe en las actividades y decisiones que sean necesarias.

El entrenamiento en habilidades de comunicación implicó básicamente capacitar al compañero para usar estrategias o recursos para apoyar y facilitar la comunicación de la persona con afasia. Estudios que investigaron la formación de compañeros en la comunicación definen que además de incluir la capacitación en habilidades en la comunicación, también se presentan programas educativos para aumentar el conocimiento sobre la patología y sus problemas asociados como alteraciones psicosociales como depresión, ansiedad y aislamiento (Raymer et al., 2010)⁵⁷.

⁵⁴ Los familiares deben ser informados sobre esta patología para aclarar dudas, disminuir su ansiedad y desarrollar empatía.

⁵⁵ Se debe enfatizar el papel del lenguaje en la vida social para lograr intercambios comunicativos.

⁵⁶ La capacitación brinda mejoras en la confianza para lograr una comunicación más efectiva.

⁵⁷ En el tratamiento de afasia se deben tener en cuenta otras variables además del déficit lingüístico.



Según un estudio de meta-análisis realizado por Armstrong et al. (2010)⁵⁸, se vio que el compañero de comunicación podía ser desde un familiar cercano hasta una persona extraña. Sin embargo, tanto los familiares como los desconocidos demostraron mejoras después de la capacitación en compañeros de comunicación. Se observó que los compañeros de comunicación que tenían menos familiaridad con el usuario con afasia, tendían a ser personas jóvenes, mientras que aquellos que eran familiares, tendían a ser más adultos en cuanto a edad, siendo generalmente personas del sexo femenino. La elección de familiares o desconocidos en la inclusión de la intervención dependerá de ciertos objetivos, ya que un objetivo que implica mejorar la participación de las personas con afasia en su entorno de rehabilitación probablemente implicaría formación de miembros del equipo de rehabilitación, pero, por el contrario, un objetivo que implica mejorar las conversaciones con familiares implicaría la formación de miembros de la familia.

La evidencia muestra que el entrenamiento del compañero de comunicación es efectivo para mejorar las habilidades, actividades y/o participación comunicativa del compañero de comunicación en el apoyo de la comunicación para personas con afasia, y además estos aprendizajes se mantienen en el tiempo tanto para el mismo como para la persona con afasia, puesto que el compañero de comunicación modifica ciertas conductas comunicativas para favorecer la comunicación con el otro. Sin embargo, aún faltan investigaciones que determinen programas específicos de entrenamiento y cuál/es sería/n sus impactos reales en el proceso de rehabilitación. (Simmons – Mackie et al., 2010)⁵⁹.

Todos los programas que se utilizan se van ajustando a las necesidades de los pacientes y su contexto cultural, sociodemográfico, educacional por lo cual no existen programas específicos para abordar un entrenamiento o establecer programas formales de entrenamiento a los compañeros de comunicación. Son programas adaptados y ajustados a diferentes realidades.

Ardila (2005)⁶⁰ expresa que existen, además, toda una serie de variables individuales que pueden afectar significativamente la recuperación del lenguaje, como son la personalidad y factores intelectuales, la motivación y la existencia de trastornos asociados.

La eficacia del uso de la telerehabilitación en personas con alteraciones en el lenguaje se encuentra en continua investigación. Los resultados que se van dando en diferentes estudios donde se toman en cuenta distintos factores como puntuaciones objetivas obtenidas de evaluaciones formales de la afasia y también mediante la recopilación de datos subjetivos

⁵⁸ La familiaridad varió desde cónyuges, hermanos e hijos mayores que estaban muy familiarizados con la persona con afasia hasta proveedores de atención médica y voluntarios que eran desconocidos.

⁵⁹ Este enfoque se recomienda como un método para mejorar habilidades de comunicación con los compañeros para facilitar la comunicación en afasia.

⁶⁰ Estos aspectos influyen sobre los resultados de la rehabilitación.



de satisfacción, en general muestran que el discurso y la terapia del lenguaje a través de la telerehabilitación en el hogar produce al menos los mismos resultados que una terapia similar administrada en el tratamiento presencial convencional. (Fridler et al., 2012)⁶¹.

Ben-Aharon (2019)⁶² expresa que algunos de los beneficios de esta modalidad es que es conveniente, efectiva, segura e interactiva para proporcionar terapia del habla y del lenguaje de calidad. Aunque cada paciente necesita ser evaluado individualmente y cada uno responde mejor a un tipo de rehabilitación, se descubrió que la terapia del habla virtual es eficaz en el tratamiento de diferentes condiciones como la demencia, traumatismos encefalocraneanos, pacientes con accidente cerebrovascular, entre otros.

Sin embargo, el tipo de lesión y el tiempo transcurrido desde que la misma sucedió son aspectos a considerar en el uso de la telerehabilitación, ya que como expresa Vu (2016)⁶³ la experiencia y el desempeño en el tratamiento está ligado al déficit que el paciente presenta y es por esto que para algunos sea más fácil la modalidad cara a cara, ya que esta metodología conlleva a un desafío mayor que la consulta presencial convencional y puede que el proceso de evaluación sea más difícil debido a cuestiones atencionales que pueda presentar el paciente, pero no se debe dejar de contemplar que hay pacientes que pueden seguir un tratamiento a través de esta modalidad y se sienten cómodos debido a los distintos beneficios que otorga.

El tipo de telerehabilitación pactado entre el paciente y el terapeuta influye significativamente en la motivación y rendimiento del paciente en el tratamiento y también se considera al momento de observar los avances esperados que debe ir logrando el mismo en el transcurso del tiempo. Hall et al. (2013)⁶⁴ realizaron una investigación sobre el tipo de rehabilitación y especifican que los estudios que utilizaron los dispositivos telefónicos y/o de videoconferencia para brindar la intervención y consulta a través de telerehabilitación dieron como resultado que estos servicios eran factibles e igualmente tan efectivos en comparación con las intervenciones en persona. Esos estudios en general revelaron que la telerehabilitación es una herramienta eficaz para la prestación de servicios a las personas con afasia. En general, los resultados observados junto con el interés expresado por los participantes en utilizar videoconferencia, proporcionan apoyo para la telerehabilitación como

⁶¹ Los resultados sugieren también que la tecnología no sólo es adecuada para la evaluación, sino que también es eficaz cuando se usa para terapia.

⁶² Algunos pacientes responden mejor a un modelo híbrido, que combina la terapia del habla tradicional y la telepráctica.

⁶³ Las actitudes del paciente hacia el uso de telerehabilitación también son un factor a considerar.

⁶⁴ Además, permite brindar tratamiento a los pacientes diagnosticados con afasia que pueden tener limitaciones de movilidad física.



un modo alternativo viable para evaluar habilidades lingüísticas en adultos con trastornos de la comunicación neurológica debido a diferentes etiologías. (Cherney et al., 2012)⁶⁵

A pesar de que la terapia virtual tenga como principal característica que resulta ser más accesible, las personas son seres sociales que establecen vínculos todo el tiempo, y el uso de la telerehabilitación hizo que esos vínculos se vean distanciados. A esto hace referencia un estudio que encontró que los participantes eran satisfechos en ambos modos de tratamiento, pero cuando se les pidió que eligieran entre los dos modos, los participantes mostraron una preferencia hacia el modo de consulta convencional presencial, principalmente en preguntas que hacían referencia al contacto personal con el médico. (Fridler et al., 2012)⁶⁶.

Los avances tecnológicos están moldeando nuevos paradigmas en las relaciones entre los individuos, a decir verdad, la telerehabilitación puede “*despersonalizar*” (Fernández et al., 2010, p. 134)⁶⁷ el tratamiento debido a la distancia entre las partes. Sin embargo, Vitolo et al., (2011)⁶⁸ expresa que la virtualidad utilizada de la forma correcta no debería presentar un gran impacto negativo en la relación médico-paciente, en efecto tiene el potencial de mejorar esta relación a través de más oportunidades para comunicarse a través de los dispositivos electrónicos siempre teniendo en cuenta las bases de esta relación que son el respeto mutuo, la independencia de opinión del profesional, la autonomía del paciente y el secreto médico. Sin embargo, puede considerarse que es preferible en un principio que la consulta sea de forma presencial y que el uso de la virtualidad se dé cuando el profesional tenga una relación con el paciente o tenga un conocimiento adecuado del problema que presenta. Siempre se debe tener en cuenta que cada paciente es diferente y el tipo de tratamiento será ajustado a sus necesidades, sin embargo, en este caso, donde la pandemia infirió en la consulta presencial, el uso de las tecnologías fue la única manera de continuar con las consultas.

La telerehabilitación es un área en desarrollo, pero un aspecto a destacar, es que la virtualidad permitió la posibilidad de que estos tipos de tratamientos puedan utilizarse de forma permanente de manera rutinaria más allá de la asistencia presencial, o permitir la combinación de modalidades según las preferencias del paciente en un contexto social favorable que no ponga en riesgo la salud.

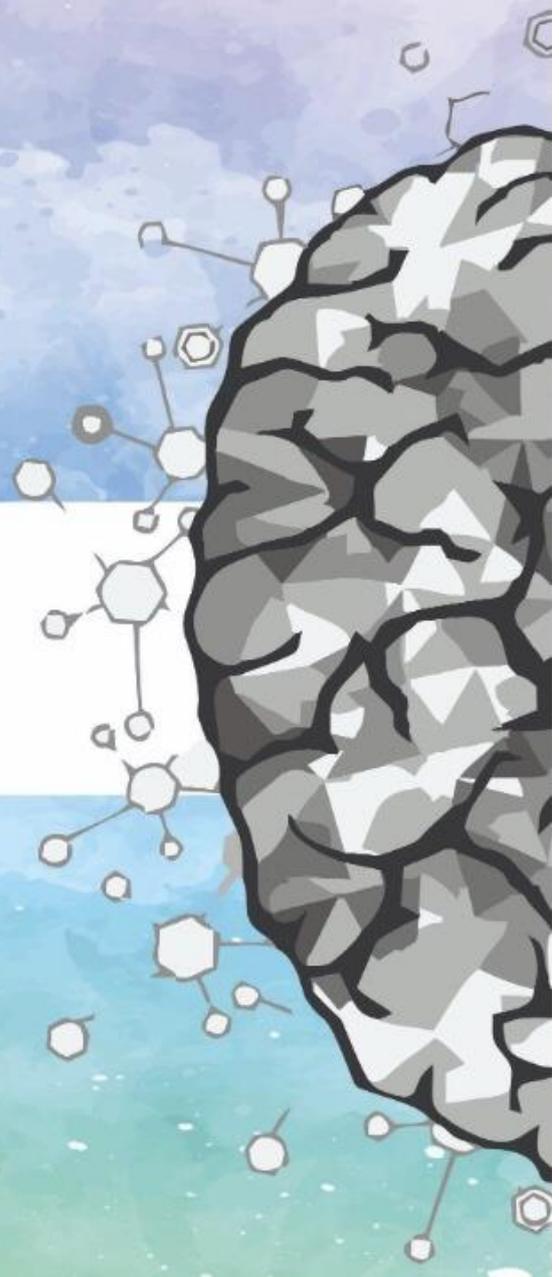
⁶⁵ La gravedad de la afasia hizo que la evaluación a través de la telerehabilitación fuera más desafiante, sin embargo, no afectó la validez y confiabilidad de la evaluación.

⁶⁶ Los participantes estaban en general satisfechos con el uso de la telerehabilitación en cuanto a calidad audiovisual, y facilidad de uso, aunque algunas personas aún pueden necesitar ayuda para resolución de problemas técnicos durante las sesiones en casa.

⁶⁷ Se refiere a una alteración en la percepción o experiencia concerniente a la teleconsulta y su relación con el medio utilizado, ya sea televisión, teléfono o videoconferencia.

⁶⁸ Se debe reconocer que ciertos servicios otorgados sin relaciones preexistentes son considerados valiosos y por lo general funcionan bien dentro de estructuras apropiadas.

DISEÑO METODOLÓGICO





La presente investigación se desarrolla de forma descriptiva, ya que busca caracterizar situaciones concretas sin afectar el comportamiento normal de los sujetos, con el objetivo de conocer las fortalezas y debilidades que identifica la muestra en cuanto a la aplicación de telerehabilitación en pacientes afásicos.

El tipo de diseño es no experimental, en cuanto se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Se trata de una investigación transversal, ya que consiste en determinar diferentes características de las variables propuestas en un momento dado.

Esta investigación es un estudio de caso ya que mediante un proceso cualitativo en este caso se analiza profundamente y de manera integral una unidad que son los familiares de 3 pacientes afásicos distintos que realizan tratamiento mediante telerehabilitación durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020/21, quienes respondieron una entrevista que será analizada, para responder al planeamiento del problema. Para realizar una mirada más holística se decide entrevistar a la fonoaudióloga que atiende a los dichos pacientes afásicos para conocer la organización de la sesión a partir del uso de telerehabilitación.

En la investigación se consideraron las siguientes variables:

- Grado de satisfacción del núcleo familiar respecto a la utilización de la telerehabilitación
- Rol de la familia en el tratamiento a través de la telerehabilitación
- Nivel de adaptación a la telerehabilitación
- Percepción de la familia respecto a la eficacia de la telerehabilitación
- Percepción acerca de la implementación de la telerehabilitación

Grado de satisfacción del núcleo familiar respecto a la utilización de la telerehabilitación

- Definición conceptual: nivel de agrado del núcleo familiar respecto al uso de la modalidad de tratamiento virtual.
- Definición operacional: nivel de agrado del núcleo familiar de pacientes adultos con afasia respecto al uso de la modalidad de tratamiento virtual durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020/21. Los datos se obtuvieron mediante encuesta online. Se consideraron como dimensiones: grado de satisfacción que tiene su familiar con afasia respecto a la utilización de la telerehabilitación y abandono del tratamiento por telerehabilitación. La primera dimensión se obtuvo a través pregunta de cafetería. La segunda a través de pregunta dicotómica, en donde los indicadores fueron sí y no.



Percepción que tiene la familia sobre su rol en el tratamiento a través de la telerehabilitación

- Definición conceptual: apreciación del núcleo familiar en cuanto a su función en la terapéutica a través de la modalidad de tratamiento virtual.
- Definición operacional: apreciación del núcleo familiar de pacientes adultos con afasia en la terapéutica a través de la modalidad de tratamiento virtual durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020/21. Los datos se obtuvieron mediante encuesta online a través de preguntas abiertas y se categorizaron los resultados.

Nivel de adaptación a la telerehabilitación

- Definición conceptual: grado de acomodación a la modalidad de tratamiento virtual, en cuanto a la disponibilidad de recursos, tiempos de habituación y dificultades.
- Definición operacional: grado de acomodación a la modalidad de tratamiento virtual, en cuanto a la disponibilidad de recursos, tiempos de habituación y dificultades del núcleo familiar de pacientes adultos con afasia que reciben tratamiento fonoaudiológico durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020/21. Los datos se obtienen mediante encuesta online. Se consideran como dimensiones: experiencia previa en rehabilitación presencial, antigüedad en el uso de telerehabilitación, comparación de la experiencia presencial previa con la telerehabilitación, ventajas y desventajas. Los resultados de estas dimensiones se obtuvieron mediante preguntas abiertas, y se categorizaron los resultados. Por otra parte, se consideraron también como dimensiones: tipo de telerehabilitación, disposición de los recursos necesarios, recursos que debieron adquirir, adaptación de su familiar a la telerehabilitación, percepción sobre la sesión en el hogar se obtuvieron mediante preguntas cerradas. El tipo de rehabilitación se indaga mediante pregunta de opción múltiple que considera teleconferencia, videollamada por celular, la profesional le enviaba los ejercicios sin videollamada y llamadas telefónicas. Esta pregunta de opción múltiple se combina en cuadrícula con una escala likert de 5 puntos que considera siempre, casi siempre, a veces, pocas veces y nunca. La disposición de los recursos necesarios se sondea mediante pregunta dicotómica, que considera “si, ya los tenía de antes” y “no, los tuve que adquirir”. Los recursos que debieron adquirir se indagaron mediante pregunta de opción múltiple, que considera computadora, teléfono móvil, conexión a internet. La adaptación de su familiar a la telerehabilitación se sondea a través de una escala de puntuación likert de 5 puntos que considera muy buena, buena, regular, mala, muy mala. La percepción sobre la sesión en el hogar se sondea mediante pregunta de opción múltiple que considera se



fatiga durante la sesión, está muy motivado, hay ruido en el ambiente, se distrae durante la sesión y se frustra durante la sesión. Esta pregunta de opción múltiple se combina en cuadrícula con una escala likert de 5 puntos que considera siempre, casi siempre, a veces, pocas veces y nunca.

Percepción de la familia respecto a la eficacia de la telerehabilitación

- Definición conceptual: opinión del núcleo familiar sobre los beneficios que brinda la modalidad de tratamiento virtual.
- Definición operacional: opinión del núcleo familiar de pacientes adultos con afasia sobre los beneficios que brinda la modalidad de tratamiento virtual durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020/21. Los datos se obtuvieron mediante encuesta online. Se consideraron como dimensiones: cambios en los aspectos comunicativos durante la telerehabilitación, cambios en el lenguaje de su familiar a partir del uso de telerehabilitación, caracterización de la comunicación de su familiar. Estas dimensiones se obtuvieron mediante preguntas abiertas, se categorizaron los resultados. Por otra parte, se consideró como dimensiones: elección del tratamiento según preferencia y cambios en la comunicación de su familiar a partir del uso de telerehabilitación a través de preguntas cerradas. La primera dimensión se obtuvo a través de pregunta de opción múltiple en donde sus indicadores son: volver a las sesiones presenciales, continuar con la telerehabilitación, complementar las sesiones presenciales con la telerehabilitación. La segunda a través de pregunta dicotómica donde los indicadores fueron si y no.

Percepción acerca de la implementación de la telerehabilitación

- Definición conceptual: apreciación acerca de la manera en que el terapeuta planificó las consultas en base al inicio de la utilización de la virtualidad.
- Definición operacional: apreciación acerca de la manera en que el terapeuta planificó las consultas en base al inicio de la utilización de la virtualidad durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020/21. Los datos se obtuvieron mediante encuesta online a través de preguntas abiertas y se categorizaron los resultados.



A continuación, se presenta el consentimiento informado utilizado en esta investigación:

Si usted responde la siguiente encuesta da su consentimiento para participar del trabajo de investigación conducido por Florencia Iovine, con el aval de la Universidad Fasta, que tiene como objetivo “Analizar las fortalezas y debilidades que identifica el núcleo familiar de pacientes adultos con afasia que reciben tratamiento fonoaudiológico por tele rehabilitación durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020/21”

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Los fines de este trabajo serán meramente académicos, la información que se recoja será confidencial. Los resultados podrán ser publicados en congresos y/o publicaciones científicas. Todos los resultados son de propiedad de la investigadora y no serán entregadas a los participantes.

Como la encuesta se realiza online si usted la responde es que da su consentimiento.

Desde ya se le agradece su participación.



Indique su vínculo con la persona que esta recibiendo la telerehabilitación

- Hijo/a
- Pareja/Cónyuge
- Nieto
- Acompañante terapéutico
- Otra

Si su respuesta fue "otra" amplíe la información

Tu respuesta _____

Edad de su familiar con afasia

Tu respuesta _____

Sexo de su familiar con afasia

- Femenino
- Masculino

Tipo de lesión que sufrió su familiar con afasia (ej. ACV)

Tu respuesta _____

Tiempo estimado que su familiar con afasia recibe tratamiento

Tu respuesta _____

¿Cómo fue el tipo de telerehabilitación que recibieron?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
Teleconferencia	<input type="checkbox"/>				
Videollamada por celular	<input type="checkbox"/>				
La profesional le enviaba los ejercicios sin videollamada	<input type="checkbox"/>				
Llamadas telefónicas	<input type="checkbox"/>				



¿Cómo fue su experiencia previa en rehabilitación de forma presencial?

Tu respuesta _____

¿Cómo compara la experiencia presencial previa con la telerehabilitación?

Tu respuesta _____

¿Hace cuanto hacen uso de la telerehabilitación?

Tu respuesta _____

Antes del inicio de la telerehabilitación, ¿disponían de los recursos necesarios para poder implementarla?

- Si, ya los tenía de antes
- No, los tuve que adquirir

¿Cuáles son los recursos que tuvo que adquirir para poder implementar esta modalidad?

	Si	No
Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conexión a internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Según su opinión ¿Cómo percibe que fue la adaptación de su familiar con afasia a la telerehabilitación?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

¿Por qué?

Tu respuesta _____



¿Cómo puede describir el tipo de acompañamiento que usted tuvo que realizar para favorecer la rehabilitación de su familiar que tiene afasia?

Tu respuesta _____

Según su percepción, ¿Qué aspectos comunicativos cambiaron durante la telerehabilitación?

Tu respuesta _____

¿Cómo puede caracterizar el lenguaje de su familiar desde que inicio la telerehabilitación hasta ahora?

Tu respuesta _____

¿Cómo caracterizaría usted la comunicación de su familiar que recibe telerehabilitación?

Tu respuesta _____

¿Percibió cambios en la forma de comunicarse con su familiar desde que realiza telerehabilitación?

Si

No

¿Por qué?

Tu respuesta _____

¿Cómo caracterizaría la sesión en su casa? Indique la frecuencia de las siguientes frases

	Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
Se fatiga durante la sesión	<input type="radio"/>				
Esta muy motivado	<input type="radio"/>				
Hay ruido en el ambiente	<input type="radio"/>				
Se distrae durante la sesión	<input type="radio"/>				
Se frustra durante la sesión	<input type="radio"/>				



Según su opinión, marque la opción que describa el grado de satisfacción que tiene su familiar con afasia respecto a la utilización de la telerehabilitación

- Mi familiar se encuentra muy satisfecho con las sesiones virtuales
- Mi familiar se encuentra satisfecho con las sesiones virtuales
- Mi familiar se encuentra poco satisfecho con las sesiones virtuales
- Mi familiar se encuentra muy poco satisfecho con las sesiones virtuales

¿Pensaron en algún momento abandonar el tratamiento por telerehabilitación?

- Si
- No

Si su respuesta fue "sí", ¿por qué?

Tu respuesta _____

¿Podría mencionar una ventaja de la experiencia de su familiar con afasia en la telerehabilitación?

Tu respuesta _____

¿Podría mencionar una desventaja de la experiencia de su familiar con afasia en la telerehabilitación?

Tu respuesta _____

¿Cómo le gustaría seguir el tratamiento si pudiera elegir?

- Volver a las sesiones presenciales
- Continuar con la telerehabilitación
- Complementar las sesiones presenciales con la telerehabilitación

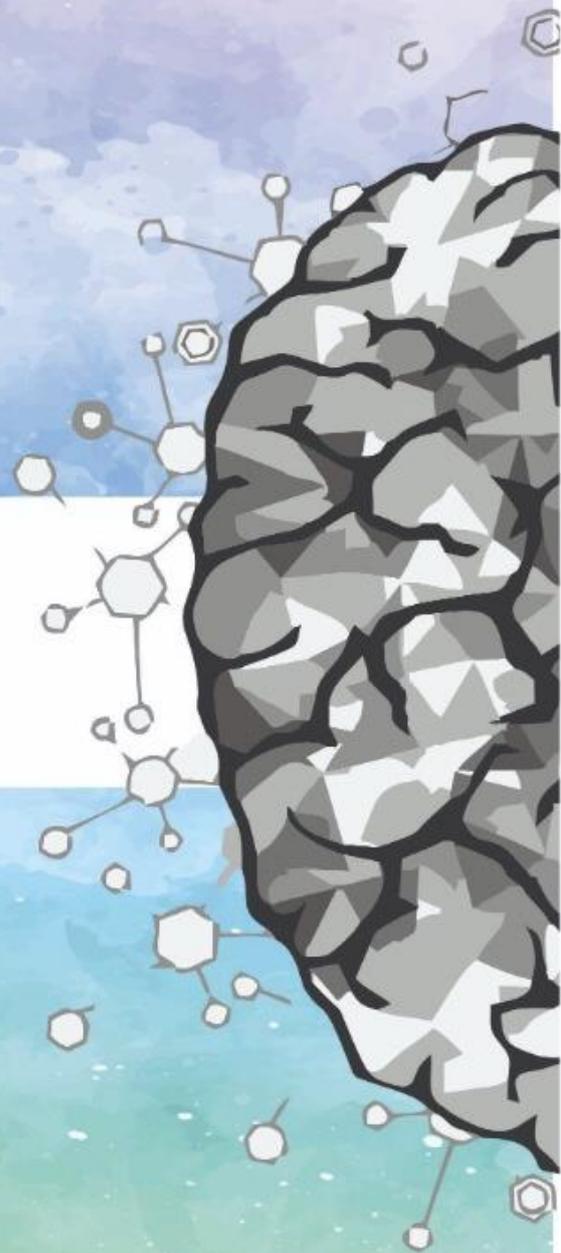
¿Por qué?

Tu respuesta _____

Si tuviera que definir el tratamiento por telerehabilitación en una palabra ¿Qué palabra utilizaría?

Tu respuesta _____

ANÁLISIS DE DATOS



A continuación, se presentan los resultados de la investigación recabados entre los meses de diciembre del año 2020 y febrero del año 2021:

Tabla 1: Vínculo con la persona que está recibiendo la telerehabilitación

	Hijo/a	Pareja/Cónyuge	Nieto	Acompañante terapéutico	Otra
P1		✓			
P2	✓				
P3		✓			

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

Se observó que el vínculo entre la persona con afasia y su cuidador es sumamente cercano, ya que dos de las personas con afasia son acompañadas por su hijo/a y la restante por su pareja/cónyuge, teniendo estos un rol fundamental en el transcurso de la recuperación del paciente. Se considera que la formación de miembros de la familia en cuanto al uso de estrategias comunicativas permite mejorar la participación del paciente con su entorno cotidiano.

Tabla 2: Datos de la persona con afasia

	Edad	Sexo	Tipo de lesión que sufrió su familiar con afasia	Tiempo estimado que su familiar con afasia recibe tratamiento (en años)
P1	69	Masculino	ACV (múltiples lesiones vasculares)	2
P2	76	Femenino	ACV isquémico frontotemporal izquierdo.	2
P3	28	Femenino	ACV isquémico con transformación hemorrágica en territorio silviano izquierdo	1

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

Las personas que realizan telerehabilitación son dos mujeres de 76 y 28 años, y un hombre de 69 años, que sufrieron ACVs de diferente índole que les dejaron como secuela alteraciones en el lenguaje. El hombre presentó múltiples lesiones vasculares, la mujer mayor un ACV isquémico frontotemporal izquierdo, y la mujer joven, un ACV isquémico con transformación hemorrágica en territorio silviano izquierdo. Ambos pacientes mayores de

edad reciben tratamiento estimadamente hace dos años, mientras que en la mujer joven el tratamiento es más reciente, hace un año aproximadamente.

Tabla 3: Tipo de telerehabilitación que recibieron

	Teleconferencia	Videollamada por celular	La profesional le enviaba los ejercicios sin videollamada	Llamadas telefónicas
P1	Siempre		Siempre	
P2	Siempre		A veces	
P3		Siempre		

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

En cuanto al tipo de rehabilitación utilizada, los resultados arrojados fueron que los más utilizados fueron la teleconferencia y videollamadas por celular, que permiten un contacto directo cara a cara entre el profesional y el paciente, y a su vez en una mayor o menor medida la realización de ejercicios que el profesional les enviaba sin necesidad de videollamada, dejando de lado completamente el uso de llamadas telefónicas. Esto coincide con lo expresado en la investigación de Hall et al. (2013) quien expresa que la utilización de dispositivos telefónicos y/o de videoconferencia presentó resultados efectivos en comparación a la consulta presencial debido a las posibilidades que brindan.

Tabla 4: Datos sobre tratamiento presencial y telerehabilitación

	Experiencia previa en rehabilitación de forma presencial	Comparación de la experiencia presencial previa con la telerehabilitación	Antigüedad en el uso de la telerehabilitación
P1	Buena aunque costó adaptarse al principio	Son diferentes. Se extraña el contacto y la salida para cambiar el aire	Desde el mes de abril 2020
P2	Excelente	Excelente	Desde abril hasta octubre de 2020
P3	Muy poca porque nos agarró la pandemia	Bastante similar	Desde abril hasta julio de 2020

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

En cuanto a la experiencia previa de forma presencial, las personas que reciben tratamiento hace tiempo refieren que fue muy buena, siempre teniendo en cuenta que también

debieron adaptarse a concurrir a la consulta, mientras que la mujer joven no tuvo demasiada experiencia debido a que luego comenzó la pandemia. Comparando la experiencia presencial previa con la telerehabilitación, expresaron diferentes opiniones. Por un lado, que son experiencias diferentes, ya que la presencialidad permitía el contacto humano con el profesional y a su vez podía utilizarse como una salida del hogar, y por otra parte, que fue una buena experiencia y son bastante similares. Todos los pacientes comenzaron con el uso de telerehabilitación en el mes de abril de 2020, que coincide con la fecha del inicio del confinamiento obligatorio, sin embargo, cuando se habilitó nuevamente la asistencia presencial a mitad de año estimativamente, dos de los pacientes retomaron la presencialidad mientras que uno por cuestiones de salud continuó con telerehabilitación. A pesar de las posibilidades que brinda la telerehabilitación, como expresa Vu (2016) el modo de la rehabilitación está finamente relacionado al déficit del paciente que presenta en ese momento, es por ello que la modalidad cara a cara sea más fácil. Sin embargo, no hay que dejar de lado que hay pacientes que pueden seguir el tratamiento a través de esta modalidad y se sienten cómodos debido a sus beneficios.

Tabla 5: Disponibilidad de recursos necesarios para poder implementar la telerehabilitación

P1	Si
P2	Si
P3	Si

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

Debido a la expansión de la tecnología, todas las personas estamos en continuo contacto con dispositivos electrónicos que nos permiten comunicarnos de forma inmediata. El uso de la telehabilitación hizo que se acentuara el uso de los medios de comunicación, que son los recursos fundamentales para poder aplicarla.

Tabla 6: Recursos que tuvo que adquirir para poder implementar esta modalidad

	Computadora	Teléfono móvil	Conexión a internet
P1			
P2	✓		✓
P3		✓	✓

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

En relación a la tabla anterior, dos pacientes indicaron que adquirieron recursos para la implementación de esta modalidad, infiriendo que mejoraron su calidad para hacer el intercambio más eficiente. El desarrollo de las tecnologías digitales avanzo rápidamente para mejorar la comunicación, y el servicio de internet, como expresa Di Vittorio (2020) que es el soporte por excelencia que permite el intercambio, debió realizar mejoras en su acceso para evitar inconvenientes.

Tabla 7: Percepción del grado de adaptación de su familiar con afasia a la telerehabilitación

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
P1		Si, dado que le permitió seguir con la terapia y pudo cumplir con los ejercicios y videollamadas.			
P2	Si, ya que es una actividad que le gusta mucho, le hace muy bien y le significaba una rutina o algo para hacer en el medio del aislamiento.				
P3		Sí, porque estaba media pérdida al principio dado que recién había tenido el ACV.			

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

Los familiares que acompañan al hombre y a la mujer joven indican que el grado de adaptación a esta modalidad fue bueno, expresando por un lado que al hombre le permitió continuar con el tratamiento, y por otro, que a la mujer joven la ayudó porque necesitaba la terapia ya que había tenido recientemente el ACV. Por otra parte, el familiar de la mujer mayor expresó que el grado de adaptación fue muy bueno, ya que se sentía a gusto con la modalidad y era parte de su rutina diaria durante el confinamiento. Esto tiene concordancia con lo expresado por González Artuño et al. (2020) que manifiestan que el grado de adaptación del paciente afásico a diferentes situaciones está relacionado con aspectos como la severidad de la afasia, la autonomía física del paciente, su personalidad y la de los familiares, ya que éstos pueden influir de manera favorable o no tanto.

Tabla 8: Percepción del familiar sobre el tipo de acompañamiento que tuvo que realizar para favorecer la rehabilitación de la persona que tiene afasia

P1	Al principio fue muy necesario, luego de dos semanas ya no necesitó de mi ayuda
P2	Al principio mucho y después ya lo hizo sola
P3	Mucho

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

Los familiares de las personas con afasia percibieron que su acompañamiento en la consulta virtual fue muy necesario. Los familiares de ambas personas mayores indican que este acompañamiento fue importante en un principio y luego los pacientes pudieron realizar la consulta sin ayuda. Esto tiene relación con lo expresado por Ben-Aharon (2019) en donde manifiesta que teniendo en cuenta que desde el momento que la persona presenta la dificultad es de suma importancia la presencia de la familia o cuidador. A partir del uso de esta modalidad se resalta el rol de la persona que acompaña al paciente para la configuración y uso de la tecnología.

Tabla 9: Opinión del familiar del paciente sobre la comunicación

P1	Buena pero cuando se pone nervioso afloran algunas dificultades.
P2	Buena aunque por momentos se traba sobre todo si se pone nerviosa.
P3	Por momentos buena y por momentos le resulta muy difícil.

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

En cuanto a la comunicación, los familiares de los pacientes indicaron que generalmente es buena, teniendo en cuenta que en ciertos momentos pueden aparecer dificultades que le impidan a la persona con afasia comunicarse de forma efectiva. Este tipo de afección implica un cambio brusco en la forma de comunicarse, la pérdida de esta habilidad no solo afecta a la persona que lo padece sino también a su entorno, y además la presencia de ansiedad al momento del intercambio a severa la dificultad, impidiendo la fluidez del comunicado.

Tabla 10: Aspectos comunicativos que percibió el familiar que cambiaron durante la telerehabilitación

P1	No noté cambios
P2	Creo que ninguno
P3	Empezó a recuperarse y hablar más

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

Los familiares de los dos primeros pacientes no refirieron cambios, sin embargo, la tercera paciente presentó mejorías. Las mejorías que manifiesta esta última pueden relacionarse con la etapa de recuperación que estaba transitando en cuanto al tiempo que había tenido el daño, en cambio los otros dos pacientes no vieron reflejados cambios ya que hace dos años estimativamente se encuentran en tratamiento y se vincula con una etapa de recuperación tardía. Esto tiene concordancia con lo expresado por Ardila (2005) que manifiesta que habitualmente los primeros meses simbolizan el periodo donde se espera la mayor parte de la recuperación y que a medida que van pasando los meses la misma va decayendo paulatinamente.

Tabla 11: Caracterización del familiar del paciente que asiste a telerehabilitación sobre el lenguaje.

P1	Le sigue costando encontrar palabras y por momentos se traba. Pero en general está igual que al principio e incluso un poco mejor.
P2	Siguió mejorando como venía. Lentamente pero siguió mejorando.
P3	Mucho mejor. Dice algunas palabras.

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

En relación a la tabla anterior, en cuanto al lenguaje los familiares de los tres pacientes manifestaron que en general notaron mejorías, a pesar de que pueden aparecer ciertas dificultades. La telerehabilitación permitió que los pacientes pudieran continuar con sus tratamientos, en el caso de los dos primeros la permanente exposición a la práctica permitió continuar estimulando las áreas deficitarias, y en la tercera paciente el cambio fue más notorio probablemente vinculado a que recién comenzaba el tratamiento y los avances fueron más visibles.

Tabla 12: Grado de satisfacción que tiene la persona con afasia respecto a la utilización de la telerehabilitación según la opinión de su familiar

	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Muy poco satisfecho
P1		✓		
P2	✓			
P3		✓		

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

Según las respuestas el grado de satisfacción de los pacientes con respecto a esta modalidad fue elevado, esto puede relacionarse con lo expresado en la investigación de Fridler et. al (2012) donde manifiesta que la terapia del lenguaje mediante el uso de telerehabilitación produce al menos los mismos efectos que en la consulta presencial convencional.

Tabla 13: Caracterización de la sesión en su casa

	Se fatiga durante la sesión	Está muy motivado	Hay ruido en el ambiente	Se distrae durante la sesión	Se frustra durante la sesión
P1	Pocas veces	Casi siempre	Pocas veces	Pocas veces	Nunca
P2	Pocas veces	Siempre	A veces	Pocas veces	Pocas veces
P3	A veces	Casi siempre	Pocas veces	A veces	A veces

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

En cuanto a los resultados se puede expresar que los pacientes muestran poca fatiga, alta motivación, presentan poca la distracción, un bajo nivel de frustración, y además bajo ruido ambiental en el momento de la sesión. Algunos aspectos a considerar que se deben tener en cuenta para la consulta es el tiempo de la misma, que los dispositivos tecnológicos funcionen adecuadamente y se recomienda que sea en un lugar apartado, en lo posible iluminado y silencioso de la casa.

Se indaga si en algún momento se plantearon la posibilidad de que el paciente acompañado por el familiar abandonara el trabajo por telerehabilitación. Las tres unidades de análisis señalan que en ningún momento lo pensaron. Esto puede relacionarse con que los pacientes tuvieron una buena adaptación a la modalidad y fue satisfactoria para la continuación del tratamiento.

Tabla 14: Ventajas y desventajas que se identifican en la telerehabilitación de un paciente con afasia

	Ventajas	Desventajas
P1	Podemos continuar cuando viajamos a casa de nuestros hijos o los días que no podemos asistir al consultorio	Es más aburrido y se extraña a la fonoaudióloga
P2	Su independencia y no tener que llevarla y traerla al consultorio	Se extraña a la fonoaudióloga y las charlas más allá de la sesión
P3	Pudo continuar con el tratamiento que recién empezaba	No es lo mismo que verse cara a cara

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

El uso de la telerehabilitación tiene ciertas ventajas, algunas expresadas por los familiares de los pacientes con afasia, principalmente la accesibilidad de continuar el tratamiento en el confinamiento y/o también cuando el paciente no puede concurrir al consultorio por alguna otra razón, y de cierta forma le brinda independencia al paciente, ya que no debe depender que el familiar lo traslade a la consulta, reduciendo tiempo y costos. Sin embargo, la desventaja prioritariamente nombrada por los pacientes, es el contacto con el profesional. Adaptarse a esta modalidad estando los pacientes acostumbrados al contacto personal hizo que el vínculo de algún modo se viera distanciado.

Tabla 15: Elección de la modalidad del tratamiento en un escenario futuro

	Volver a las sesiones presenciales	Continuar con la telerehabilitación	Complementar las sesiones presenciales con la telerehabilitación
P1			Sí, dado a que prefiere tener ambas opciones.
P2			Sí, debido a que cree que es una buena herramienta para tener en cuenta si por algún motivo no podemos venir en forma presencial
P3	Sí, ya que se siente más cómoda, y puede expresarse mejor		

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

Los pacientes manifestaron el deseo de volver a la presencialidad de inmediato, cuando fuera posible. Sin embargo, los dos primeros pacientes expresaron que complementarían las sesiones presenciales con la telerehabilitación, debido a las ventajas de la telerehabilitación siendo una herramienta útil a tener en cuenta al momento de no poder asistir al consultorio. Mientras que la tercera paciente elegiría volver a las consultas totalmente presenciales. Un punto a tener en cuenta, es que ninguna de las partes seleccionó continuar exclusivamente con telerehabilitación, sino que prefirieron las opciones que incluían la consulta presencial. Esto coincide con la investigación de Fridler et al. (2012) donde expresa que a pesar de que los pacientes se encontraban satisfechos con ambos modos de tratamiento, cuando se les pidió elegir una modalidad hicieron énfasis en la consulta convencional presencial principalmente por el contacto que tienen con el terapeuta.

Tabla 16: Definición del tratamiento por telerehabilitación en una palabra

P1	Práctico
P2	Excelente
P3	Sirvió para un momento

Fuente: Elaborado sobre datos de la Investigación

Los resultados observados coinciden con lo expresado por Ben- Aharon (2019) que caracteriza a la modalidad virtual como conveniente, efectiva, segura e interactiva para brindar terapia del habla y del lenguaje de buen nivel. La telerehabilitación es una modalidad de tratamiento que permitió al terapeuta y al paciente continuar en contacto en el transcurso del confinamiento, y su avance permitió que se instaurara como opción a la hora de la consulta.

El primer paciente es un hombre de 69 años que sufrió múltiples lesiones vasculares que recibe tratamiento fonoaudiológico hace dos años estimativamente. Comenzó las consultas virtuales en el mes de abril del 2020 y continua con esta modalidad. El familiar que lo acompañó durante la telerehabilitación es su pareja/cónyuge. El mismo disponía de los recursos necesarios para realizar la telerehabilitación, que era siempre a través de teleconferencia y con ejercicios que la profesional le enviaba sin la necesidad hacer videollamada. En cuanto a la experiencia previa en consulta presencial expresa que fue buena aunque costó adaptarse al principio, no obstante comparándola con la telerehabilitación indica que son diferentes, que extraña el contacto con el profesional y la salida para cambiar el aire. El familiar indica que el grado de adaptación de la persona con afasia a esta modalidad fue bueno expresando que le permitió continuar con la terapia y pudo cumplir con los ejercicios y videollamadas. Desde el punto de vista del familiar indica que su acompañamiento en la consulta virtual fue muy necesario en un principio, y que luego de dos semanas ya no necesitó de su ayuda. En cuanto a los aspectos comunicativos, el familiar no percibió ningún cambio durante el uso de telerehabilitación. El mismo caracteriza el lenguaje de la persona con afasia manifestando que le sigue costando encontrar palabras y por momentos se traba, pero indica que en general se encuentra igual a cuando asistía a la consulta presencial e incluso un poco mejor. Por otra parte, respecto a la comunicación expresa que es buena pero cuando se pone nervioso afloran ciertas dificultades. Según la perspectiva del familiar, el hombre se encuentra satisfecho con las sesiones virtuales, que el mismo se fatiga pocas veces durante la sesión, que casi siempre se encuentra motivado, que pocas veces hay ruido en el ambiente, que se distrae pocas veces y que nunca presenta frustración durante la sesión. La ventaja mencionada por el familiar en cuanto al uso de la telerehabilitación es que puede continuar con la terapia cuando viaja a casa de sus hijos o los días que no pueden concurrir al consultorio. Sin embargo, las desventajas se centran en que es más aburrido que la consulta presencial y que se extraña el contacto con la fonoaudióloga. Por lo tanto, a partir de estos enunciados, menciona que en un escenario futuro complementaría la modalidad presencial con la telerehabilitación, ya que prefiriere tener ambas opciones disponibles. El familiar definió al tratamiento por telerehabilitación como práctico.

A partir de lo narrado se puede apreciar que el paciente tuvo buenos avances desde el momento que tuvo el daño cerebral y que se encontraba conforme con la modalidad virtual que le permitió continuar con su rehabilitación. A pesar de que el familiar no percibiera cambios notables desde lo fonoaudiológico, fue importante la continua estimulación para mantener los avances logrados.

El segundo paciente es una mujer de 76 años que sufrió un ACV isquémico frontotemporal izquierdo que recibe tratamiento fonoaudiológico hace dos años estimativamente. Comenzó las consultas virtuales en el mes de abril del 2020 hasta el mes de octubre del mismo año. El familiar que lo acompaña durante la telerehabilitación es su hijo/a. La misma indica que disponía de los recursos necesarios para realizar la telerehabilitación pero que prefirió conseguir nuevos como conexión a internet y computadora para mejorar la calidad del intercambio, que era siempre a través de teleconferencia y a veces con ejercicios que la profesional le enviaba sin la necesidad hacer videollamada. En cuanto a la experiencia previa en consulta presencial y el uso de telerehabilitación expresa que ambas modalidades fueron excelentes. El familiar indica que el grado de adaptación de la persona con afasia a la consulta virtual fue muy bueno expresando era una actividad que le gustaba mucho, le hacía muy bien y le significaba una rutina o una actividad para hacer durante el aislamiento. Desde el punto de vista del familiar indicó que su acompañamiento en la consulta virtual fue muy necesario en un principio, y que luego pudo realizarla de forma independiente. En cuanto a los aspectos comunicativos, el familiar indicó no percibir ningún cambio durante el uso de telerehabilitación. Caracterizó el lenguaje de la persona con afasia manifestando que continuó mejorando como venía en la consulta presencial, de una forma lenta, pero siguió mejorando. Por otra parte, respecto a la comunicación expresa que es buena pero que por momentos se traba sobre todo si se pone nerviosa. Según la perspectiva del familiar, la mujer se encuentra muy satisfecha con las sesiones virtuales, que la misma se fatiga pocas veces y siempre está motivada, que a veces hay ruido ambiente mientras se realiza la consulta, que se distrae y frustra pocas veces durante la sesión. La ventaja mencionada por el familiar en cuanto al uso de la telerehabilitación es sobre la independencia que le brinda esta modalidad a la paciente, en cuanto a que no debe llevarla y traerla al consultorio. Sin embargo, las desventajas se centran en que extraña el contacto con el profesional y sociabilizar con la misma sobre otros temas que no eran sobre la rehabilitación. Por lo tanto, a partir de estos enunciados, menciona que en un escenario futuro complementaría la modalidad presencial con la telerehabilitación, ya que cree que es una buena herramienta para tener en cuenta si por algún motivo no pueden acceder de forma presencial. El familiar definió al tratamiento por telerehabilitación como excelente.

En función a lo descripto se puede expresar que esta paciente se encontraba muy complacida con la modalidad virtual que además de permitirle continuar con la rehabilitación e ir mejorando en ciertos aspectos fonoaudiológicos, era una actividad placentera y rutinaria para podía realizar durante el confinamiento.

La tercera paciente es una mujer de 28 años que sufrió un ACV isquémico con transformación hemorrágica en territorio perisilviano izquierdo que recibe tratamiento fonoaudiológico hace un año estimativamente. Comenzó las consultas virtuales en el mes de abril del 2020 hasta el mes de julio del mismo año. El familiar que la acompaña durante la telerehabilitación es su pareja/cónyuge. La misma indica que disponía de los recursos necesarios para realizar la telerehabilitación pero que prefirió conseguir nuevos como conexión a internet y telefonía celular para mejorar la calidad del intercambio, que era siempre a través de videollamada por celular. En cuanto a la experiencia previa en consulta presencial indica que fue muy poca porque comenzó la pandemia, sin embargo, comparándola con la telerehabilitación expresa que es bastante similar. El familiar indica que el grado de adaptación de la persona con afasia a la consulta virtual fue bueno expresando que al principio la misma se encontraba un poco perdida dado que recién había sufrido el ACV. Desde el punto de vista del familiar indica que su acompañamiento en la consulta virtual fue muy necesario. En cuanto a los aspectos comunicativos, el familiar indicó que percibió cambios durante el uso de telerehabilitación, que la paciente comenzó a recuperarse y a hablar más. Caracteriza el lenguaje de la persona con afasia manifestando que se encuentra mucho mejor, que dice algunas palabras. Por otra parte, respecto a la comunicación expresa que por momentos es buena y por otro le resulta muy difícil. Según la perspectiva del familiar, la mujer se encuentra satisfecha con las sesiones virtuales, que a veces se fatiga, que casi siempre está motivada, que pocas veces hay ruido ambiente, y que se distrae y frustra a veces durante la sesión. La ventaja mencionada por el familiar en cuanto al uso de la telerehabilitación es que le permitió continuar con el tratamiento que recién comenzaba. Sin embargo, la desventaja se centra en que no es lo mismo que la consulta presencial en la que se encuentran cara a cara. Por lo tanto, a partir de estos enunciados, menciona que en un escenario futuro volvería exclusivamente a las sesiones presenciales, ya que la paciente se siente más cómoda y puede expresarse mejor. El familiar definió al tratamiento por telerehabilitación como una modalidad que sirvió para un determinado momento.

Según los acontecimientos detallados se puede interpretar que las consultas virtuales para esta paciente fueron muy necesarias debido a que el ACV había sido reciente y la continuación del tratamiento era imprescindible debido al estadio que se entraba en cuanto a la recuperación. Sin embargo, a pesar de que sus avances fueron favorables, la misma prefiere la consulta presencial, ya que la modalidad virtual conlleva un mayor desafío para comunicarse y es más fácil para ella concurrir a la sesión cara a cara.

A continuación, se presentan las preguntas realizadas a la Licenciada en Fonoaudiología que atiende a los pacientes en cuanto a su rol utilizando la telerehabilitación

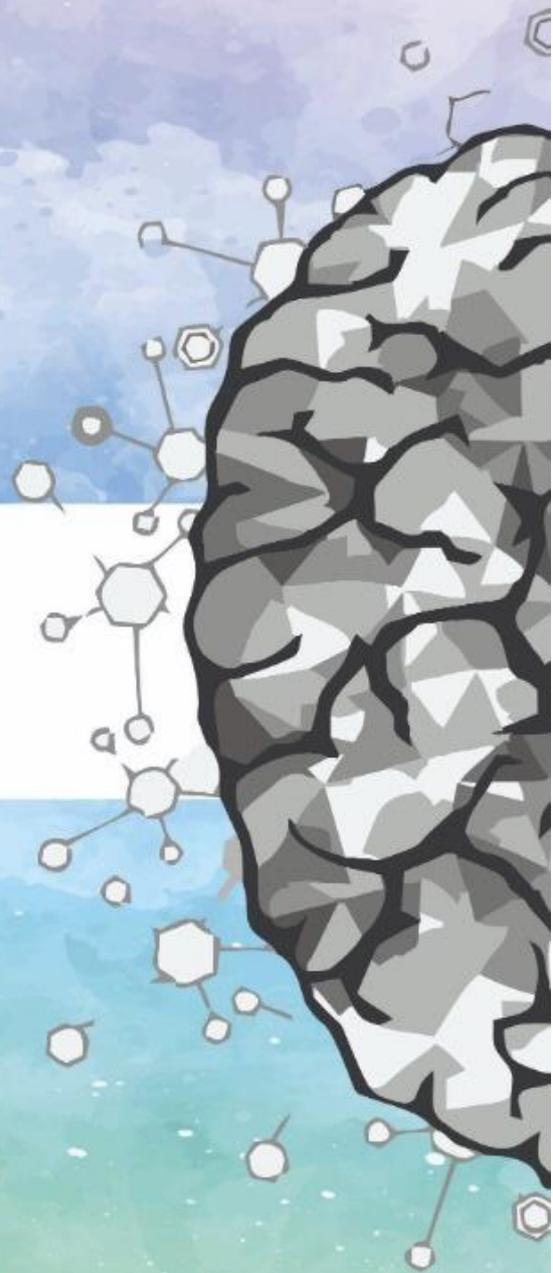
Cuadro 1: Entrevista a Licenciada en Fonoaudiología:

Estrategias al inicio del tratamiento a través de telerehabilitación	Se pautó con el paciente y la familia la modalidad más conveniente de acuerdo a sus recursos, tiempos y gustos e intereses. A partir de eso se dejaron días y horarios fijos y de acuerdo a la evolución se siguió con lo pautado o se revieron algunos aspectos
Registros lleva sobre los avances en la telerehabilitación de un paciente de este tipo	El mismo que llevo con los pacientes que realizan tratamientos presenciales.
Finalización de la rehabilitación	Hasta el momento ningún tratamiento de los que se llevaron a cabo por telesistencia concluyó, con algunos simplemente se volvió a la presencialidad.
Significado de la la telerehabilitación	Una herramienta muy útil que no replica la presencialidad pero que permitió mantener los tratamientos y sostener los logros obtenidos y lo que se venía trabajando.
Adaptaciones para poder llevarla a cabo	He tenido que digitalizar algunos de mis materiales y también crear nuevos para poder adaptarlo a las distintas plataformas y modalidades

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

La Licenciada en Fonoaudiología que atiende a dichos pacientes afásicos manifiesta que al momento de comenzar con la virtualidad se adaptó el tipo de telerehabilitación en base a las condiciones del paciente y la familia en cuanto acceso y disponibilidad a la tecnología que sea de su agrado y beneficioso para los mismos. Esto coincide con lo expresado por Casanova (2020) que manifiesta que el terapeuta es el encargado de guiar al paciente en esta nueva modalidad y organizar el plan de tratamiento. En cuanto a su adaptación a la modalidad refiere que debió digitalizar materiales y confeccionar nuevos que pudieran utilizarse a través de los distintos medios tecnológicos. Expresa que su registro de los avances de los pacientes no varió con la virtualidad y lo realiza de la misma forma que la consulta presencial. Ningún paciente atendido por telerehabilitación ha concluido su tratamiento fonoaudiológico, sin embargo, algunos volvieron a la presencialidad. Esto se relaciona con lo expresado por Fridler et al. (2012) en donde los pacientes tienen preferencia por la consulta presencial convencional más allá de estar satisfechos con la modalidad virtual. Por último, la fonoaudióloga define que la telerehabilitación es un mecanismo útil que permitió continuar con los tratamientos pero que no suplanta la presencialidad que permite el contacto personal con el paciente.

CONCLUSIONES





A partir de la siguiente investigación se pudo conocer las fortalezas y debilidades que identifica el núcleo familiar de pacientes adultos con afasia que reciben tratamiento fonoaudiológico por telerehabilitación durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata.

Los tres pacientes sufrieron afasia como consecuencia de un accidente cerebrovascular. Todos comenzaron telerehabilitación en el momento que se advirtió el confinamiento obligatorio. Ninguno se planteó la posibilidad de abandonar el mismo durante su transcurso y el grado de satisfacción en cuanto al uso de esta modalidad fue de satisfecho a muy satisfecho.

La necesidad de un compañero junto con la persona con afasia fue necesaria, ya que el paciente no podría haber ejecutado la sesión virtual, y esto mismo se vio plasmado en los resultados de la investigación. En estos casos se vio reflejado que el vínculo del paciente con su cuidador es muy próximo, ya que dos de los pacientes son acompañados por su hijo/a y la última por su pareja/cónyuge. Por lo tanto, puede decirse que el rol del familiar en esta circunstancia fue mucho más relevante, ya que además de formar parte continuamente de la recuperación de su familiar, fue necesario debido uso de las diferentes tecnologías en donde se requería su presencia para las correspondientes configuraciones de las mismas.

Dos de los pacientes asistían hace un tiempo a la consulta presencial mientras que la restante había tenido recientemente el evento neurológico y su experiencia fue escasa. La adaptación de los mismos a esta modalidad virtual fue de buena a muy bueno, teniendo en cuenta las ventajas que plantea la telerehabilitación. Sin embargo, a pesar de las diferentes posibilidades que brinda, los pacientes hicieron hincapié en la falta de contacto personal con el terapeuta, esto tiene relación con el tipo de rehabilitación preferente elegido que fue el uso de teleconferencia y videollamadas por teléfono celular, donde podían interactuar y visualizar al terapeuta en el momento de la sesión intentando continuar en contacto.

Los resultados de esta investigación refieren que la telerehabilitación es una forma preferentemente eficaz de brindar tratamiento a personas con afasia. Depende del estadio de recuperación de la persona, los avances serán visibles de una mayor o menor manera. Sin embargo, a pesar de que la telerehabilitación es una herramienta útil, los pacientes manifestaron que apenas se pudiera regresar a la presencialidad lo harían, principalmente porque dependiendo el déficit del paciente la comunicación puede ser más fácil, y principalmente por el contacto cara a cara con el terapeuta.

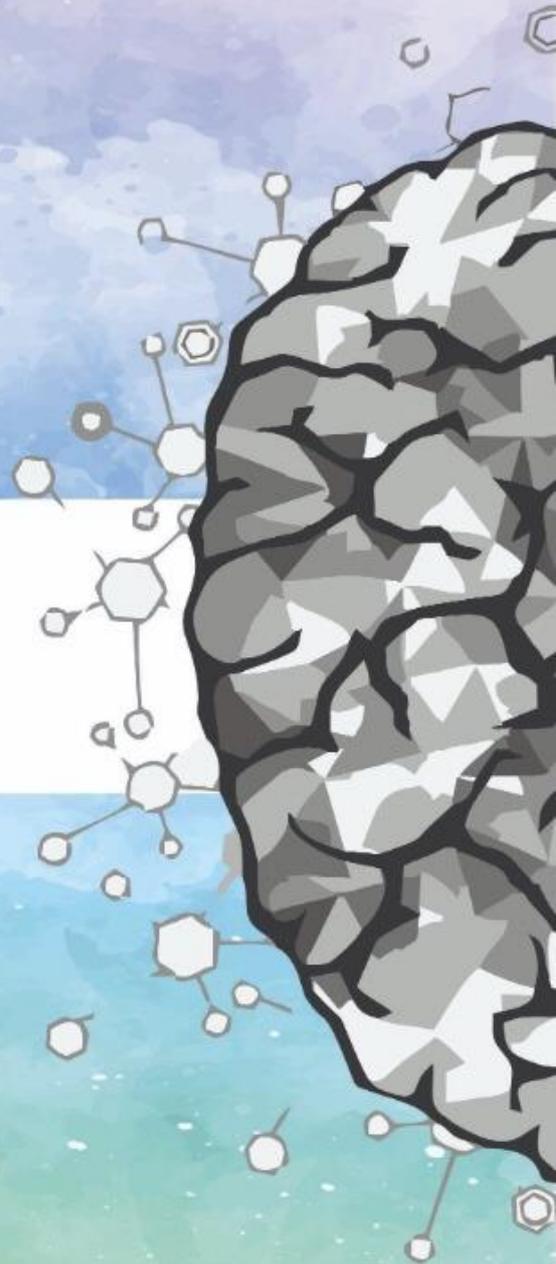
En relación a la terapeuta, la misma expresa que la telerehabilitación es una herramienta que le permitió a los pacientes continuar con sus tratamientos pero que la misma no sustituye a la consulta presencial convencional debido al contacto personal con el paciente.



En base a los datos obtenidos en este trabajo, surgen los siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

- ¿Qué pruebas de evaluación son utilizadas en la telerehabilitación para brindar información de forma precisa sobre el déficit que presenta el paciente?
- ¿Qué protocolo de intervención asegura un tratamiento eficiente a través del uso de telerehabilitación?

BIBLIOGRAFÍA





Ardila, A. (2005). *Las Afasias*. Ed. CUCSH-UdeG

Ardila, A., Roselli, M. (2005) *Neuropsicología Clínica*. Ed. Manual Moderno

Armstrong, E., & Ferguson, A. (2010). Language, meaning, context, and functional communication. *Aphasiology*, 24(4), 480-496.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687030902775157>

Asociación Estadounidense del Habla, el Lenguaje y la Audición (nd). *Telepráctica*. (Portal de práctica). Recuperado el 8 de mayo de 2021. www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Telepractice/

Bajaña Martínez, M. S. (2021). *La comunicación y las herramientas tecnológicas como medio de aprendizaje académico en época de pandemia* (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil: Facultad de Comunicación Social).

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/54524>

Basso, A. (2010) *Afasia: conocer para rehabilitar*. Ed. Librería Akadia

Ben-Aharon, A. (2019). A practical guide to establishing an online speech therapy private practice. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(4), 712-718. https://pubs.asha.org/doi/full/10.1044/2019_PERS-SIG18-2018-0022

Cáceres-Méndez, E. A., Castro-Díaz, S. M., Gómez-Restrepo, C., & Puyana, J. C. (2011). Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas en el aprendizaje. *Universitas Médica*, 52(1), 11-35. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231019866002.pdf>

Cameron, A., McPhail, S., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J., & Finch, E. (2019). Telepractice communication partner training for health professionals: A randomised trial. *Journal of communication disorders*, 81.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0021992418300212>

Campos, R. V., & Gimeno, A. M. (2011). Intervención multidisciplinar en afasias. *Instituto de Neurorehabilitación y afasia, INIA NEURAL*, 1, 192-206.

[https://www.uv.es/~perla/1\[15\].VillodreyMorant.pdf](https://www.uv.es/~perla/1[15].VillodreyMorant.pdf)

CareFirst. *Efectos de la rehabilitación en la familia*. Recuperado el 30 de septiembre de 2020

Castillejo, J. A. P. (2013). Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Atención primaria*, 45(3), 129-132.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6985703/>

Cherney, L. R., & Van Vuuren, S. (2012). Telerehabilitation, virtual therapists, and acquired neurologic speech and language disorders. In *Seminars in speech and language* (Vol. 33, No. 03, pp. 243-258). Thieme Medical Publishers.

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1320044>

Cid, Claudia, (1 de marzo de 2016). *Decisiones terapéuticas en la rehabilitación de la afasia*. <https://afasiaycomunicacion.wordpress.com/2016/03/01/decisiones-terapeuticas-en-la-rehabilitacion-de-la-afasia/>

Cuetos F. (1998). *Evaluación y rehabilitación de las afasias: Aproximación cognitiva*. Ed. Médica Panamericana



Cuetos, F. (2003). *Evaluación de las afasias desde la neuropsicología cognitiva*. Revista Chilena de Fonoaudiología, 4(1), 7-16
<https://revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/56612>

Damasio, Antonio R. (1992). "Afasia". *New England Journal of Medicine*. , vol. 326, no 8. 531-539 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199202203260806>

de Vittorio, L. (2020). Pandemia, poder y tecnologías de la información. *Revista Ethika+*, (2), 189-205. <https://estudiosdeadministracion.uchile.cl/index.php/ETK/article/view/58529>

Diéguez- Vide, Peña-Casanova (2012). *Cerebro y Lenguaje: sintomatología Neurolingüística*. Ed. Médica Panamericana.

Ellis, A., Young A. (1992). *Neuropsicología Cognitiva Humana*. Ed. Masson.

Eneurocenter (15 de julio de 2020) *El tratamiento de logopedia en modalidad de telerehabilitación* <https://www.eneurocenter.com/tratamiento-de-logopedia-en-modalidad-de-tele-rehabilitacion/>

Fernández Vera, C. (2020). *La calidad de vida en las personas con afasia*. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/53126>

Ferreres, A., China, N & Abusamra V. (2014) *Cerebro y lenguaje*. (pp. 3-4) <https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/01neurofisiologia/ferreres/16%20Capitulo%2016%20%20Cerebro%20y%20Lenguaje.pdf>

Ferreres, A., China, N. & Abusamra, V. (2014). *Cerebro y Lenguaje*.

Fridler, N., Rosen, K., Herzberg, O., Lev, A., Kaplan, D., Hildesheimer, M., & Shani, M. (2012). Tele-rehabilitation therapy vs. face-to-face therapy for aphasic patients. In eTELEMED 2012: The Fourth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine (pp. 18-23). Valencia: IARIA.
https://www.reabilityonline.com/wp/wpcontent/uploads/2015/02/etelemed_2012_1_40_40106.pdf

Gonzalez Artuño, B., Gonzalez Lazaro, P. (6 de noviembre de 2020) *La afasia afecta a toda la familia*. <https://afasiacontacto.com/familiares/>

González, R., & Hornauer-Hughes, A. (2014). Afasia: una perspectiva clínica. *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 25, 291-308
<https://es.scribd.com/doc/275050284/Afasia-Una-Perspectiva-Clinica>

Hall, N., Boisvert, M., & Steele, R. (2013). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with aphasia: A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation*, 5(1), p. 27 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4296832/>

Helm-Estabrooks, N., Albert M. (2005) *Manual de la Afasia y de Terapia de la Afasia*. Ed. Médica Panamericana

Jiménez González, C., *La telerehabilitación en logopedia*. Recuperado el 30 de septiembre de 2020 <https://xn--daocerebral-2db.es/publicacion/la-telerrehabilitacion-en-logopedia/>



- Jorge Fernández, M., & Mérida Hernández, R. (2010). Telemedicina: futuro o presente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(1)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000100017
- Katz, R., Jung, J., & Callorda, F. (2020). El estado de la digitalización de América Latina frente a la pandemia del COVID-19. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1540>
- Labos E., Slachevsky, A., Torralva, T., Fuentes, P. Manes, F. (2008) *Tratado de Neuropsicología Clínica 2da Edición*. Ed. Akadia
- Luxardo, B. D. (2021). *Neurociencia cognitiva la clave para entender el lenguaje*. <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/203/0>
- Millán, L. & Fernández, T. (2000). *Lenguaje y cerebro*.
<http://educa.minedu.gob.bo/assets/uploads/files/cont/esfm/esfm139-1g1h.pdf>
- Monteagudo, J. L., Serrano, L., & Hernández Salvador, C. (2005). La telemedicina: ¿ciencia o ficción? In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 28, N°3, pp. 309-323). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272005000500002
- Muñoz, V. (3 de diciembre de 2014) *Telerehabilitación: tecnología que sana en casa*.
<https://www.elmundo.es/economia/2014/12/03/547f3307ca47410c138b4573.html>
- Olivares M., C., & Casanova R., M. (20 de agosto de 2020) *Telerehabilitación en personas con afasia: importancia del entrenamiento al compañero de comunicación*. [Webinar] Conferencia de Hospital Clínico Universidad de Chile.
https://www.youtube.com/results?search_query=webinar+telerehabilitacion+en+afasia
- Orlando, A. (2019) "TELEMEDICINA." 16-17
<https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/TELEMEDICINAfinalDra.%20Jenny%20Buitrago.pdf>
- Paniagua, J., (14 de marzo de 2020) *El impacto del coronavirus en la logopedia*
<http://logocerebral.es/impacto-del-coronavirus-la-logopedia/>
- Paniagua, J., (19 de marzo de 2020) *El impacto del covid-19 en la logopedia (parte II): la telerehabilitación*
- Pasuy Guerrero, G., Cisneros Buitrago, N., Cisneros Estupiñan, N. (2013). *Las afasias desde una mirada lingüístico-cognitiva*. Ed. ECOE EDICIONES
- Rodríguez López, O., (7 de abril de 2020) *De la rehabilitación a la telerehabilitación. ¿funcionan los tratamientos a distancia?* <https://www.irflasalle.es/de-la-rehabilitacion-a-la-telerehabilitacion-funcionan-los-tratamientos-a-distancia/>
- Rubiano Diaz, F. (2015) *Efectos de las formas de comunicación en red sincrónica y asincrónica en el aprendizaje de los conceptos básicos del mercado en un ambiente computacional*. Maestría En Docencia, Universidad De La Salle Facultad De Ciencias De La Educación, Bogotá, D.C
https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1487&context=maest_docencia



Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. R. (2010). Communication partner training in aphasia: A systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(12), 1814-1837.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003999310007719>

Simmons-Mackie, N., Savage, M. C., & Worrall, L. (2014). Conversation therapy for aphasia: a qualitative review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(5), 511-526. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1460-6984.12097>

Vítolo, F. (2011). Telemedicina, Nuevas Tecnologías, Nuevos Riesgos. *Biblioteca Virtual NOBLE*, 1-13. http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/66.pdf

Vu, J. (2016). M. Cl. Sc (SLP) Candidate University of Western Ontario: School of Communication Sciences and Disorders. Critical Review: Is the assessment of language skills via telerehabilitation comparable to face-to-face assessment in adults with acquired brain injury? https://www.uwo.ca/fhs/lwm/teaching/EBP/2015_16/Vu.pdf

Weidner, K., Joneen L. (2020) "Telepractice for adult speech-language pathology services: a systematic review." *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* 5.1 326-338. https://pubs.asha.org/doi/full/10.1044/2019_PERSP-19-00146

WHO (World Health Organization). (2010) Telemedicine. Opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series. Volume 2. Recuperado el 8 de mayo de 2021. http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf

Wilkinson, R., & Wielaert, S. (2012). Rehabilitation targeted at everyday communication: can we change the talk of people with aphasia and their significant others within conversation?. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), S70-S76. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003999311008045>



PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA DE PACIENTES CON AFASIA SOBRE LA TELEREHABILITACIÓN

INTRODUCCIÓN

La telerehabilitación durante la pandemia de COVID-19 se convirtió en una herramienta fundamental que permitió la continuidad de los tratamientos fonoaudiológicos. El rol de la familia fue indispensable para continuar muchos tratamientos, como el de pacientes con afasia, que debido a sus dificultades necesitaron ayuda al momento de utilizar esta nueva modalidad.

OBJETIVO

Analizar las fortalezas y debilidades que identifica el núcleo familiar de pacientes adultos con afasia que reciben tratamiento fonoaudiológico por telerehabilitación durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020/21.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación de tipo descriptiva, transversal y no experimental. Estudio de caso en base a la percepción de familiares de 3 pacientes afásicos que realizan tratamiento fonoaudiológico mediante telerehabilitación.

Los datos se obtuvieron mediante encuesta online.

RESULTADOS

La totalidad de los pacientes presentaron afasia debido a un accidente cerebro vascular, dos son personas mayores que hace dos años están en tratamiento, y una joven que comenzó hace un año. El vínculo entre el familiar y la persona con afasia está fuertemente ligado. Los pacientes ya disponían de los recursos tecnológicos necesarios para implementar esta modalidad. Muestran que la modalidad mayormente elegida al momento de realizar telerehabilitación es teleconferencia o videollamada por celular. El grado de adaptación fue positivo debido a la necesidad de continuar con el tratamiento, y el grado de satisfacción también. Al momento de comparar esta modalidad con la consulta presencial se plasman diferentes opiniones, pero todos destacando que la consulta presencial permite el contacto personal con el terapeuta. los familiares expresan que su ayuda fue sumamente necesaria al momento de utilizar telerehabilitación. Ninguno considero abandonar el tratamiento. Las ventajas que expresaron fueron la posibilidad de realizar el tratamiento sin tener la necesidad de acceder al consultorio, aunque la gran desventaja destacada es la falta de cercanía con el terapeuta. No obstante, los dos pacientes mayores manifiestan que complementarían la atención presencial y virtual en ciertas ocasiones, mientras que la joven volvería exclusivamente a la modalidad presencial.

CONCLUSIÓN

La telerehabilitación es una modalidad viable para implementar en pacientes con afasia debido a sus diferentes ventajas, pero se pondera la consulta presencial convencional.

TESIS DE LICENCIATURA

Fga. Florencia Iovine
floriovine@gmail.com

