

NECESIDADES DE CUIDADOS EN LA ESFERA PSICOSOCIAL DE PACIENTES CON AFASIA IDENTIFICADAS EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Willian Jesús Martín-Dorta*, Pedro Ruymán Brito-Brito**, Domingo-Ángel Fernández-Gutiérrez*, Janet Núñez-Marrero*, Alfonso Miguel García-Hernández***

RESUMEN

La afasia es una alteración cerebral adquirida que afecta al lenguaje y a la capacidad comunicativa. Este trastorno genera un impacto considerable sobre la calidad de vida de quienes la presentan. La afasia se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar manifestaciones psíquicas como depresión y ansiedad sin embargo, existe poca evidencia sobre cuáles son los problemas psicosociales que con mayor frecuencia diagnostican las enfermeras de Atención Primaria en personas con afasia (PCA). Objetivo: Identificar los diagnósticos NANDA-I relacionados con la esfera psicosocial que con mayor frecuencia diagnostican las enfermeras de Atención Primaria en este perfil de pacientes de acuerdo con los registros en historia clínica electrónica (HCE). Método: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal con extracción de datos de la HCE Drago-AP, correspondientes a una muestra de 47 personas con diagnóstico de afasia. Resultados: El diagnóstico de depresión se registró en la HCE de 22 participantes como problema activo en el momento del estudio. Se registraron 27 diagnósticos de NANDA-I relacionados con el dominio psicosocial.

PALABRAS CLAVE: afasia, depresión, ansiedad, calidad de vida, aislamiento social, evaluación de enfermería, factores psicosociales.

CARE NEEDS IN THE PSYCHOSOCIAL SPHERE OF PATIENTS WITH APHASIA IDENTIFIED IN PRIMARY CARE CONSULTATIONS

ABSTRACT

Aphasia is an acquired brain disorder that affects language and communication skills. This disorder generates a considerable impact on the quality of life of those who suffer from it. Aphasia is related to a greater probability of developing psychological manifestations such as depression and anxiety; however, there is little evidence on which psychosocial problems are most frequently diagnosed by primary care nurses in people with aphasia (PWA). The main objective of this study is to identify the NANDA-I diagnoses related to the psychosocial sphere that are most frequently diagnosed by primary care nurses in this patient profile according to records in the electronic clinical record (ECR). Method: A cross-sectional descriptive study was carried out with data extraction from the Drago-AP ECR, corresponding to a sample of 47 people with a diagnosis of aphasia. Results: The diagnosis of depression was recorded in the ECR of 22 participants as an active problem at the time of the study. 27 NANDA-I diagnoses related to the psychosocial domain were recorded.

KEYWORDS: aphasia, depression, anxiety, quality of life, social isolation, nursing assessment, psychosocial factors.



INTRODUCCIÓN

La afasia es la alteración provocada por un daño cerebral adquirido (DCA) en la que pueden verse afectados diferentes niveles de descripción lingüística, tanto en la expresión como en la comprensión, en las modalidades oral y escrita (1). La afasia altera aspectos cruciales para la vida de la persona como el control emocional, la capacidad para mantener relaciones interpersonales, la autonomía, la posibilidad de trabajar de manera productiva, entre otros (2). Diversos estudios han demostrado que la afasia genera un impacto considerable sobre la calidad de vida, afectando negativamente al bienestar físico, mental, emocional, familiar y a la integridad del funcionamiento social (3-5).

Algunos trabajos han centrado su interés en la relación que existe entre afasia, fundamentalmente postictus, y comorbilidad psíquica. Las manifestaciones psíquicas más estudiadas al respecto son el estrés emocional, la ansiedad y la depresión (6-8). En cuanto a la depresión, su presencia está estadísticamente asociada a la presencia de afasia, considerándose esta un factor predictivo de depresión (9). Algunos estudios presentan prevalencias de depresión en personas con afasia (PCA) postictus de alrededor del 60% (6, 7, 10). Así mismo, encuentran una presencia significativamente mayor de depresión y ansiedad en PCA postictus que en aquellas que no presentan afasia como secuela (11).

Los problemas psicosociales son situaciones de estrés social que producen la aparición de enfermedades somáticas, psíquicas o psicósomáticas. Éstas pueden generar disfunciones familiares graves con alteración de la homeostasis familiar (12). El dominio psicosocial fue uno de los cuatro dominios en los que fueron clasificados los diagnósticos de enfermería en la Taxonomía NANDA-NOC-NIC (NNN), que interrelacionaba estas tres clasificaciones. A su vez, el dominio psicosocial se divide en siete clases: conducta, comunicación, afrontamiento, emocional, conocimientos, rol/relaciones y autopercepción (13). En general, las alteraciones y la demanda de necesidades relacionadas con la esfera psicosocial de las PCA han sido poco estudiadas. La dificultad para explorar estos aspectos a través del lenguaje se ha considerado como la principal explicación a esta realidad (10, 14).

Como parte del equipo multidisciplinar que proporciona atención a la PCA, la Enfermería debe jugar un papel fundamental en el abordaje de las necesidades relacionadas con la esfera psicosocial. Bajo nuestro criterio, para que los cuidados enfermeros proporcionados a PCA sean de calidad es fundamental que las enfermeras conozcan las características del proceso afásico y el impacto que este trastorno genera en sus vidas y en las de su familia; que la enfermera sea capaz de buscar las estrategias de valoración más eficaces para lograr la identificación de necesidades de cuidados en la esfera psicosocial; y por último, que la enfermera sea capaz de mantener interacciones comunicativas lo más simétricas y funcionales posibles. A este respecto, en un estudio preliminar en el que se encuestó a enfermeras de diferentes

* Enfermera/o. Servicio Canario de Salud.

** Profesor contratado doctor vinculado. Universidad de la Laguna.

*** Profesor titular. Universidad de La Laguna. España.

ámbitos asistenciales, el 60% creían que el deterioro de la comunicación y del lenguaje generaban bastante impacto sobre la calidad de vida de las PCA sin embargo, el 28,6% consideraban que los profesionales sanitarios tenían poco conocimiento sobre el trastorno afásico y un 60% consideraban que tenían solo algo de conocimiento. El 51,4% manifestaron tener mucha dificultad a la hora de comunicarse con PCA y para el 84,3% la falta de conocimiento sobre cómo comunicarse con ellas representaba la principal barrera de interacción comunicativa (15).

Este estudio plantea como objetivo principal identificar los diagnósticos NANDA-I relacionados con la esfera psicosocial que con mayor frecuencia diagnostican las enfermeras de Atención Primaria en PCA. Como objetivos secundarios pretende identificar la prevalencia de depresión y ansiedad registradas en la historia de salud electrónica (HSE) tras el daño cerebral que produjo la afasia; explorar asociaciones entre el diagnóstico de depresión y determinadas variables clínicas y sociodemográficas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal con extracción de datos de HSE de Atención Primaria, denominada Drago-AP, correspondientes a una muestra de 47 personas con diagnóstico de afasia reclutados entre el 20 de mayo de 2019 y el 18 de febrero de 2020, participantes en la muestra con la que se validó un cuestionario enfermero para evaluar las capacidades comunicativas de personas afásica. La extracción de datos de la HSE para este estudio se realizó entre enero de 2021 y enero de 2022.

La selección de participantes se realizó por conveniencia en diferentes ámbitos: Hospital Universitario de Canarias, centros de salud de Atención Primaria en el Área de Salud de Tenerife, así como en centros de rehabilitación privados y asociaciones de la isla de Tenerife (Islas Canarias).

Los criterios de inclusión fueron: personas mayores de edad, afasia diagnosticada como consecuencia de un daño cerebral adquirido, que tengan el español como lengua materna y acepten participar en el estudio. Se establecieron como criterios de exclusión: pacientes con bajo nivel de conciencia (estado vegetativo y/o estado de mínima conciencia), antecedentes personales de enfermedad neurológica o neurodegenerativa previa al daño cerebral provocó la afasia, historial psiquiátrico-psicológico con trastorno comunicativo previo al daño, sujetos con un nivel cognitivo que impida la ejecución de la prueba, incapacidad de lectoescritura premórbida, déficit visual y/o auditivo grave, problemas conductuales que mermen la colaboración con los investigadores, antecedentes de abuso de alcohol u otras drogas.

Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas: sexo; edad; residencia; estado civil; convivencia y número de convivientes; nivel de estudios; antecedentes laborales; ingresos económicos; existencia de relaciones sociales; problemas de salud crónica; etiología de la afasia; tiempo desde la lesión; diagnósticos NANDA-I registrados tras el daño cerebral que produjo la afasia; severidad de la afasia tomando los resultados obtenidos de la evaluación de las áreas *Habla en conversación* y *Habla en exposición* usando la escala de severidad del habla del Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia: Adaptación española⁽¹⁶⁾ administrada por un logopeda experto



en la evaluación y rehabilitación de la afasia. Esta prueba asigna al área seis valores entre 0 (mayor severidad, con ausencia de habla o comprensión auditiva) y 5 (menor severidad, con mínimos deterioros observables en el habla o dificultades subjetivas no evidentes para quien evalúa). Para la búsqueda de asociaciones se acordó convertir esta variable en dicotómica (funcional-disfuncional) tomando de la tabla que resume los resultados de Test de Boston el percentil 60 como punto de corte, de manera que se consideraron disfuncionales las puntuaciones que quedaran por debajo de dicho percentil. Para seleccionar los diagnósticos de NANDA-I relacionados con el dominio psicosocial se tomó como referencia la Taxonomía NANDA-NOC-NIC (NNN) para la práctica enfermera (13).

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación del Complejo Hospitalario de Canarias con código CHUC_2019_32. Para cada participante de este estudio se obtuvo consentimiento informado asegurando el cumplimiento de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo del Consejo, 27 de abril de 2016, relativo a la protección de personas físicas y tratamiento de datos personales. Se elaboraron tres tipos de consentimiento: un modelo por escrito, un modelo de consentimiento oral ante testigo y otro de consentimiento por parte del tutor/representante legal.

La descripción de la muestra se realizó resumiendo las variables nominales como frecuencias absolutas y relativas de sus categorías y las variables cuantitativas utilizando la mediana (máximo-mínimo), dado que estas no se distribuyen de manera normal. Los resultados obtenidos fueron almacenados, en la medida que se produjeron, en una base de datos SPSS v.25.0 construida para su posterior depuración y procesamiento. La búsqueda de asociaciones entre variables se realizó usando el Test de Chi-cuadrado de Pearson o Test exacto de Fisher. Todas las pruebas fueron bilaterales, de acuerdo a un nivel de confianza del 95% y una significación estadística $p < 0,050$. Se realizaron con ayuda del paquete estadístico SPSS v.25.0.

RESULTADOS

Se revisó la HSE-Drago AP de 47 participantes con afasia diagnosticada, 16 mujeres (34%) y 31 hombres (66%). La mediana de edad fue de 67 años (41-94), el 51,1% de la muestra con una edad igual o mayor a 65 años. El 86,6% de la muestra presentaba afasia con un tiempo de evolución superior a los 12 meses. La tabla 1 recoge las características de la afasia y la presencia de hemiplejía/hemiparesia en la muestra.

La mayor parte de la muestra o convivían con su pareja o cónyuge (38,3%) o con su pareja y otros familiares (16%). Un 17% de la muestra vivía sin pareja, pero sí con otros familiares y 1 participante (2,1%) vivía con otras personas no familiares. Los participantes institucionalizados y los que vivían solos representan un 4,3% respectivamente. Del total de la muestra, 41 participantes (87,2%) tenían familiares cerca de su lugar de residencia. El nivel de estudios de la muestra se recoge en la



TABLA1. CARACTERÍSTICAS DE LA AFASIA EN LA MUESTRA A ESTUDIO

ETIOLOGÍA	n (%)
Accidente cerebrovascular isquémico	28 (59,6)
Accidente cerebrovascular hemorrágico	8 (17)
Enfermedad neurodegenerativa	5 (10,6)
Traumatismo craneoencefálico	3 (6,4)
Infección Sistema Nervioso Central	2 (4,3)
Tumor	1 (2,1)
TIPOLOGÍA DE LA AFASIA	
Afasia anómica	12 (25,5)
Afasia transcortical mixta	9 (19,1)
Afasia global	8 (17)
Afasia progresiva primaria	8 (17)
Afasia motora	5 (10,7)
Afasia motora transcortical	3 (6,4)
Afasia sensorial transcortical	1 (2,1)
Sin determinar tipología	1 (2,1)
HEMIPLEJÍA Y/O HEMIPARESIA	
Hemiplejía derecha no recuperada	25 (53,2)
Hemiplejía derecha recuperada	8 (17)
Hemiplejía izquierda no recuperada	4 (8,5)
Hemiparesia derecha no recuperada	9 (19,1)
Hemiparesia derecha recuperada	3 (6,4)
Hemiparesia izquierda recuperada	1 (2,1)
SEVERIDAD DE LA AFASIA. TEST DE BOSTON. HABLA EN CONVERSACIÓN	
0 puntos	4 (8,5)
1 punto	13 (27,7)
2 puntos	6 (12,8)
3 puntos	3 (6,4)
4 puntos	13 (27,7)
5 puntos	8 (17)
HABLA EN EXPOSICIÓN	
0 puntos	5 (10,6)
1 punto	14 (29,8)
2 puntos	5 (10,6)
3 puntos	4 (8,5)
4 puntos	12 (25,5)
5 puntos	7 (14,9)





TABLA 2. NIVEL DE ESTUDIOS DE LA MUESTRA POR CATEGORÍAS

NIVEL DE ESTUDIOS	n (%)
Sabe leer y escribir	12 (25,5)
Estudios primarios	16 (34,0)
Estudios secundarios	6 (12,8)
Título de técnico o Formación Profesional	8 (17,0)
Estudios universitarios	5 (10,6)

TABLA 3. PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS MÁS PREVALENTES EN LA MUESTRA A ESTUDIO

PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS	n (%)
Hipertensión	34 (72,3)
Dislipemia	27 (57,3)
Depresión	22 (46,8)
Ansiedad	13 (27,7)
Incontinencia urinaria	13 (27,7)
Fibrilación auricular	11 (23,4)
Artrosis	11 (23,4)
Obesidad	10 (21,3)
Estreñimiento	10 (21,3)
Epilepsia	4 (9,1)
Diabetes mellitus tipo 2	8 (17,0)
Hipotiroidismo	7 (14,9)
Hipertrofia benigna de próstata	6 (12,8)
Disfagia	5 (10,6)
Insomnio	5 (10,6)
Incontinencia fecal	5 (10,6)

tabla 2. En cuanto a la situación laboral en el momento de la valoración, el 46,8% se encontraban en situación de incapacidad laboral, un 38,3% jubilados, el 6,4% dedicadas a labores domésticas y un 8,5% recibían una pensión de viudedad.

Atendiendo al nivel de ingresos/unidad familiar regular, el 53,2% tenía un nivel de ingresos por debajo de 1500 euros; un 31,9% entre 1500 y 1999 euros; un 10,6% entre 2000 y 2499 euros y un 4,3% ingresos entre 2500 a 2999 euros.

TABLA 4. FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS ACTIVOS EN LOS PARTICIPANTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS ACTIVOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN (n = 22)	PORCENTAJE n (%)	FÁRMACOS ANSIOLÍTICOS ACTIVOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD* (n = 13)	PORCENTAJE n (%)
Paroxetina 20 mg	4 (18,2)	Lorazepam 1 mg	5 (38,5)
Escitalopram 10 mg	2 (9,1)	Lormetazepam 1mg	4 (30,8)
Venlafaxina 75 mg	2 (9,1)	Alprazolam 0,5 mg	3 (23,1)
Venlafaxina 150 mg	2 (9,1)	Diazepam 5 mg	2 (15,4)
Sertralina 100 mg	2 (9,1)	Lorazepam 0,5 mg	2 (15,4)
Sertralina 100 mg	2 (9,1)		
Trazodona 100 mg	2 (9,1)		
Paroxetina 40 mg	1 (4,5)		
Desvenlafaxina 50 mg	1 (4,5)		
Amitriptilina 25 mg	1 (4,5)		
Duloxetina 60 mg	1 (4,5)		
Citalopram 20 mg	1 (4,5)		
Sertralina 150 mg	1 (4,5)	Pacientes con diagnóstico de ansiedad sin fármaco ansiolítico activo.	2 (15,4)

* 2 participantes tienen indicado más de un ansiolítico.

Un 93,6% de la muestra presentaba problemas de salud crónicos. Los problemas de salud crónicos más prevalentes en la muestra según registro en HSE-Drago AP se resumen en la tabla 3.

El diagnóstico de depresión se registra en la HCE de 22 participantes como problema activo en el momento del estudio. De estos, solo uno fue diagnosticado antes de sufrir el DCA que produjo la afasia. El porcentaje para cada uno de los antidepresivos y ansiolíticos activos en el módulo de prescripción de la HSE Drago-AP se resume en la tabla 4.

Tras el daño cerebral que produjo la afasia fueron registradas en la HCE Drago-AP 87 etiquetas diagnósticas NANDA-I correspondientes a 11 dominios. Una mediana de 13 (2-29) diagnósticos de enfermería de NANDA-I por historia. No se registró ninguna etiqueta perteneciente a los dominios *Sexualidad y Crecimiento/Desarrollo*. Los porcentajes de diagnósticos de enfermería activos de NANDA-I en HSE Drago-AP clasificados por dominios de pertenencia se resumen en la tabla 5.

Los 10 diagnósticos de NANDA-I con mayor frecuencia de registro tras el DCE fueron: Disposición para mejorar la gestión de la salud (69,6%); Deterioro de la comunicación verbal (53,2%); Déficit de autocuidado para el baño (53,2%); Déficit de autocuidado para el uso del inodoro (48,9%), Riesgo de caídas (48,9%); Déficit de autocuidado para la alimentación (46,8%); Disposición para mejorar la inmunización (40,4%); Protección ineficaz (40,4%); Deterioro de la movilidad física (40,4%); y Deterioro de la integridad cutánea (40,4%).



TABLA 5. PORCENTAJE DE DIAGNÓSTICOS NANDA-I ACTIVOS EN HCE-DRAGO REGISTRADOS TRAS EL DCA SEGÚN EL DOMINIO DE PERTENENCIA

DOMINIOS	NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS NANDA-I ACTIVOS EN HCS DRAGO-AP SEGÚN SU DOMINIO n (%)
Dominio 4. Actividad/reposo	16 (18,4)
Dominio 11. Seguridad/protección	15 (17,2)
Dominio 1. Promoción de la salud	10 (11,5)
Dominio 3. Eliminación e intercambio	9 (10,3)
Dominio 5. Percepción/cognición	8 (9,2)
Dominio 9. Afrontamiento al estrés	8 (9,2)
Dominio 2. Nutrición	7 (8)
Dominio 7. Rol y relaciones	5 (5,7)
Dominio 6. Autopercepción	4 (4,6)
Dominio 12. Confort	4 (4,6)
Dominio 10. Principios vitales	1 (1,1)
Dominio 8. Sexualidad	–
Dominio 13. Crecimiento/desarrollo	–

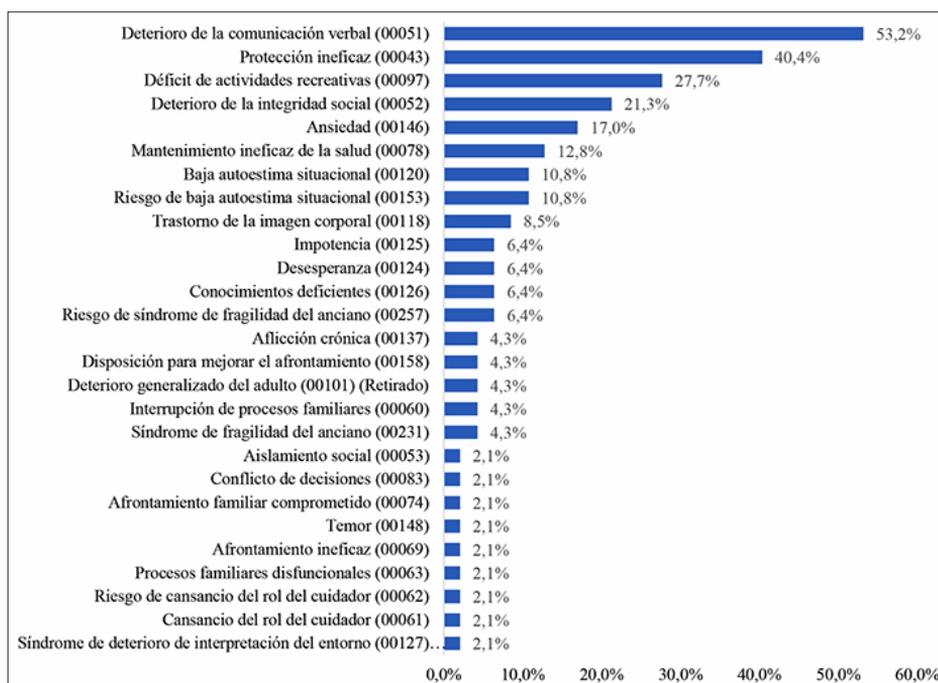


Figura 1. Porcentaje de diagnósticos NANDA-I relacionados con el dominio psicossocial incluidos en la HSE de la muestra tras el DCA.

TABLA 6. ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN HCE Y SEXO, GRUPOS DE EDAD, INGRESOS ECONÓMICOS, PRESENCIA DE DIAGNÓSTICO NANDA-I *DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL*, DISFUNCIONALIDAD DEL HABLA EN CONVERSACIÓN Y HABLA EN EXPOSICIÓN (TEST DE BOSTON)

		DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN HCE <i>n</i> (%)		VALOR CHICUADRADO DE PEARSON	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
		Sí	No		
Sexo	Mujer	5 (32,3%)	11 (68,8%)	2,36	0,13
	Hombre	17 (54,8%)	14 (45,2%)		
Grupo edad	< 65 años	12 (52,2%)	11 (47,8%)	0,52	0,47
	≥ 65 años	10 (41,7%)	14 (58,3%)		
Ingresos unidad familiar	< 1500 euros	15 (60,0%)	10 (40,0%)	3,73	0,053
	≥ 1500 euros	7 (31,8%)	15 (68,2%)		
Diagnóstico NANDA-I <i>Deterioro de la comunicación verbal</i>	Registrado	9 (36,0%)	16 (64,0%)	2,51	0,11
	No registrado	13 (59,1%)	9 (40,9%)		
Grado de severidad. Habla en conversación	Disfuncional Pc < 60	14 (46,7%)	16 (53,3%)	0,001	0,98
	Funcional Pc ≥ 60	8 (47,1%)	9 (52,9%)		
Grado de severidad. Habla en exposición	Disfuncional Pc < 60	13 (46,4%)	15 (53,6%)	0,004	0,95
	Funcional Pc ≥ 60	9 (47,4%)	10 (52,6%)		

Se registraron 27 diagnósticos activos de NANDA-I en HCE relacionados con el Dominio Psicosocial. Los porcentajes de registro para cada uno de ellos se muestra en la figura 1.

No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la presencia del diagnóstico de depresión y las variables sexo, grupos de edad, registro del diagnóstico de NANDA-I *Deterioro de la comunicación verbal* (00051), o severidad de la afasia, de acuerdo con los resultados de las áreas *Habla en conversación* y *Habla en exposición* evaluadas usando el Test de Boston. Se obtiene una asociación con una significación marginal que sugiere mayor probabilidad de registro de depresión en personas con menor ingreso económico por unidad familiar (tabla 6).

DISCUSIÓN

La depresión es considerada la complicación psiquiátrica más frecuente en las personas que han presentado un ACV (17-21). Sin embargo, cuando la población a estudio es aquella con afasia como secuela del ACV, el número de referencias disminuye notablemente. De hecho, igual que ocurre con los estudios sobre calidad de



vida, muchos de los trabajos dedicados a estimar la depresión tras un ACV excluyen o no especifican la presencia de personas con afasia en sus muestras (22). El porcentaje de depresión en la muestra de nuestro estudio es del 46,8%, porcentaje congruente con los reportados por otros trabajos. Un estudio publicado en 2022 revisa de manera retrospectiva los datos de 121 personas con afasia crónica, obteniendo porcentajes de depresión del 50% (23% de depresión mayor y 27% de depresión menor), encontrando relación estadísticamente significativa con el sexo masculino, con una menor edad y con el peor rendimiento en el área de denominación (23). Al igual que en nuestro estudio, no encuentran relación entre depresión y severidad del trastorno afásico. Similar porcentaje de depresión en PWA (41,6%) fue obtenido por otro estudio realizado en 2019 (24). Camoes-Barbosa reportó un porcentaje del 38,7% de DPI en afásicos estadísticamente superior a la registrada en no afásicos al analizar una muestra de 144 pacientes con diagnóstico de ACV *de novo* durante los dos primeros años (9). En una muestra de 106 participantes postictus incluidos en un estudio prospectivo de un año de duración se diagnosticó afasia en un 34%, de los cuales, el 70% cumplían los criterios de depresión del DSM-III-R a los 3 meses y el 62% a los 12 meses del ictus (6).

Existe una elevada dificultad para comparar los resultados obtenidos por los diferentes estudios analizados debido, entre otras razones, a las diferencias metodológicas en cuanto al diseño, a las diversas características de las muestras y a la utilización de diferentes criterios diagnósticos utilizados tanto para diagnosticar la afasia como la depresión. Con respecto a la relación entre la presencia de depresión y la severidad de afasia habría que tener en cuenta algunas consideraciones. En nuestro estudio no se hace una evaluación actualizada de los síntomas depresivos, sino que se toma el registro del diagnóstico activo de depresión en la HSE. Ninguna de estas HSE recoge, de manera específica, los criterios utilizados para establecer dicho diagnóstico. De igual manera, no consta que se haya utilizado ningún instrumento de evaluación de la depresión validada en pacientes con trastornos comunicativos. La mayoría de test o instrumentos de valoración de la depresión usados habitualmente requieren de la participación activa y de la manifestación verbal del paciente. Esto podría derivar en una mayor probabilidad de diagnóstico de depresión en aquellos PCA que posean una mayor capacidad para expresar sus sentimientos y emociones. En línea a lo planteado por otros autores, esta situación generaría un infradiagnóstico de depresión en los afásicos con peor rendimiento del lenguaje o capacidad comunicativa (24).

Con respecto a la presencia de diagnósticos de NANDA-I relacionados con el dominio psicosocial observamos porcentajes bajos en relación con los registros de depresión y ansiedad en las HCE de la muestra y a la vista del relevante impacto que genera la afasia y el resto de secuelas del daño cerebral adquirido (DCA). Así mismo, se encuentra un porcentaje mayor de diagnósticos que se relacionan con la esfera funcional o biológica en detrimento de los diagnósticos que representan necesidades psicosociales de cuidados. Esta tendencia diagnóstica ya fue reportada para población general en un estudio descriptivo transversal mediante explotación de los datos de frecuencia de un grupo de diagnósticos psicosociales de NANDA-I registrados en 717 695 HSE de las Áreas de Tenerife y La Palma, Islas Canarias, España (12). A pesar de compartir esta tendencia, los porcentajes diagnósticos del dominio psicosocial son, generalmente, más elevados en nuestro estudio. Algunos de los diag-



nósticos coinciden entre los más prevalentes en ambos trabajos. Sin embargo, los registrados en la muestra de pacientes afásicos se ajustan de manera más específica a las características y necesidades que la bibliografía revisada relaciona con la afasia.

Para explicar las dificultades que tendrían las enfermeras para identificar los problemas psicosociales se podrían considerar razones ya mencionadas por otros autores como la carga de trabajo, la falta de implicación emocional o la tendencia al trabajo centrado en el cuidado físico (25). No obstante, el abordaje de los problemas psicosociales en la PCA requiere comprender el significado que dicho trastorno produce sobre el bienestar psicológico y social, generando en la enfermera sentimientos de responsabilidad que permitan superar las barreras comunicativas. La incapacidad de los profesionales sanitarios para comprometerse comunicativamente y buscar estrategias alternativas conduce a su discriminación y al empobrecimiento de los resultados de salud a corto, medio y largo plazo. Cuando la enfermera dispone de la formación y la información necesarias gana en confianza en cuanto a sus propias habilidades comunicativas e inicia mayor número de interacciones (26). Un punto de partida que parece razonable para abordar los problemas psicosociales en la PCA se sitúa en el proceso de evaluación de sus capacidades comunicativas y del posible grado de funcionalidad de las diferentes áreas del lenguaje tras el daño cerebral. En este sentido, instrumentos como el Cuestionario de Evaluación Enfermera de la Capacidad Comunicativa en la Afasia (CEECCA) permiten individualizar la elección de las estrategias comunicativas más eficaces y adaptar los modos comunicativos del profesional de enfermería a las capacidades y necesidades del paciente (27, 28).

Este estudio presenta limitaciones, algunas ya comentadas como la no evaluación actualizada de la depresión y la ansiedad a través de un instrumento válido y fiable en este tipo de población. A este respecto, nos interesaba conocer el porcentaje de depresión y ansiedad detectado en las consultas de AP, ya que en base a estos diagnósticos se plantearán las intervenciones y cuidados administrados por parte de la enfermera. Una limitación importante a la hora de generalizar resultados se relaciona con el tamaño de la muestra. Sin embargo, esta característica no es exclusiva de este estudio y explica la dificultad que representa el reclutamiento de un participante con este perfil clínico y psicosocial (6, 10, 11).

CONCLUSIÓN

La depresión y la ansiedad representan trastornos con elevado porcentaje de registro en las HCE de AP de los pacientes con afasia y superiores a los que la evidencia reporta para aquellas personas sin afasia como secuela de un daño cerebral. Sin embargo, el porcentaje de diagnósticos enfermeros de NANDA-I relacionados con el dominio psicosocial es bajo, aunque superior a los presentados por otros estudios en población general. El uso de instrumentos de valoración enfermera que permitan identificar las áreas del lenguaje con mayor grado de funcionalidad puede facilitar a la enfermera explorar los problemas psicosociales en PCA. En esta línea, resulta necesaria la implementación de herramientas de evaluación enfermeras válidas y fiables para su uso con este perfil de pacientes.

RECIBIDO: 19-07-2023; ACEPTADO: 15-08-2023



REFERENCIAS

1. GONZÁLEZ LÁZARO, P. y GONZÁLEZ ORTUÑO, B. *Afasia: de la teoría a la práctica*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2012.
2. TEJEDOR, M.R. Trastornos del habla: la afasia. *Interlingüística*. 1998; (9): 269-272.
3. CODE, C. The quantity of life for people with chronic aphasia. *Neuropsychological Rehabilitation* [Internet]. julio de 2003 [citado 18 de mayo de 2016]; 13(3): 379-390. Disponible en <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09602010244000255>.
4. HILARI, K., NEEDLE, J.J. y HARRISON, K.L. What Are the Important Factors in Health Related Quality of Life for People with Aphasia? A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [Internet]. 1 de enero de 2012 [citado 17 de mayo de 2016]; 93(1): S86-S95.e4. Disponible en <http://www.archivespmr.org/article/S0003999311007970/abstract>.
5. NIEMI, T. y JOHANSSON, U. The lived experience of engaging in everyday occupations in persons with mild to moderate aphasia. *Disability and Rehabilitation* [Internet]. octubre de 2013 [citado 18 de mayo de 2016]; 35(21): 1828-1834. Disponible en <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2012.759628>.
6. KAUHANEN, M.L., KORPELAINEN, J.T., HILTUNEN, P., MÄÄTTÄ, R., MONONEN, H., BRUSIN, E. *et al.* Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovasc Dis*. 2000; 10(6): 455-461.
7. KAUHANEN, M.L., KORPELAINEN, J.T., HILTUNEN, P., BRUSIN, E., MONONEN, H., MÄÄTTÄ, R. *et al.* Poststroke Depression Correlates With Cognitive Impairment and Neurological Deficits. *Stroke* [Internet]. septiembre de 1999 [citado 11 de diciembre de 2022]; 30(9): 1875-1880. Disponible en <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.STR.30.9.1875>.
8. BERGERSEN, H., FRØSLIE, K.F., SUNNERHAGEN, K.S. y SCHANKE, A.K. Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years poststroke. *Journal of stroke and Cerebrovascular diseases* [Internet]. 2010 [citado 2 de junio de 2016]; 19(5): 364-369. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305709001347>.
9. CAMOES-BARBOSA, A., SEQUEIRA-MEDEIROS, L., DUARTE, N., MORAIS, J., MENDES, M. y MENESES, C. Afasia y depresión postictus: una relación predictiva. *Rehabilitación* [Internet]. enero de 2012 [citado 29 de junio de 2016]; 46(1): 3640. Disponible en <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0048712011001630>.
10. CRUCE, M., WORRALL, L. y HICKSON, L. Health-related quality of life in people with aphasia: implications for fluency disorders quality of life research. *Journal of fluency disorders* [Internet]. 2010 [citado 12 de septiembre de 2016]; 35(3): 17389. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0094730X10000471>.
11. SHEHATA, G.A., EL MISTIKAWI, T., RISHA, A.S.K. y HASSAN, H.S. The effect of aphasia upon personality traits, depression and anxiety among stroke patients. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 1 de febrero de 2015 [citado 13 de diciembre de 2022]; 172: 312-314. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S01650327140006491>.
12. BRITO BRITO, P., RODRÍGUEZ, Á.M., GARCÍA-HERNÁNDEZ, A. y ROSSELL, C. Identificación en consultas de atención primaria de las características definitorias de los diagnósticos NANDA psicosociales. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. 1 de abril de 2009; 2: 1-5.



13. JOHNSON, M., MOORHEAD, S., BULECHEK, G.M., BUTCHER, H.K., MAAS, M.L. y SWANSON, E. *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. Elsevier España; 2012. 875 p.
14. HILARI, K. The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disability and Rehabilitation* [Internet]. 2011 [citado 3 de junio de 2016]; 33(3): 211-218. Disponible en <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2010.508829>.
15. MARTÍN-DORTA, W.J., BRITO BRITO, P.R., SAINZ-FREGEL, E., MARTÍN-FELIPE, E., MIRANDA MARTÍN, R. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. Valoración del interés manifestado por las enfermeras asistenciales acerca de disponer de un cuestionario de evaluación enfermera de las capacidades comunicativas en la afasia. *Cuidar* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022]; 47-57. Disponible en <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/26660>.
16. GOODGLASS, H., BARRESI, B., KAPLAN, E. y KLAJN, D. *Test de Boston para el diagnóstico de la afasia láminas de estímulo formato abreviado*. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2005.
17. SHI, Y., YANG, D., ZENG, Y. y WU, W. Risk Factors for Post-stroke Depression: A Meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience* [Internet]. 2017 [citado 16 de diciembre de 2022]; 9. Disponible en <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2017.00218>.
18. TAYLOR-ROWAN, M., MOMOH, O., AYERBE, L., EVANS, J.J., STOTT, D.J., QUINN, T.J. Prevalence of pre-stroke depression and its association with post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. marzo de 2019; 49(4): 685-696.
19. MITCHELL, A.J., SHETH, B., GILL, J., YADEGARFAR, M., STUBBS, B., YADEGARFAR, M., *et al.* Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *General Hospital Psychiatry*. 1 de julio de 2017; 47: 48-60.
20. DONG, L., WILLIAMS, L.S., BROWN, D.L., CASE, E., MORGENSTERN, L.B. y LISABETH, L.D. Prevalence and Course of Depression During the First Year After Mild to Moderate Stroke. *Journal of the American Heart Association*. 6 de julio de 2021; 10(13): e020494.
21. LYU, Y., LI, W. y TANG, T. Prevalence Trends and Influencing Factors of Post-Stroke Depression: A Study Based on the National Health and Nutrition Examination Survey. *Med Sci Monit*. 16 de febrero de 2022; 28: e933367-1-e933367-8.
22. TOWNEND, E., BRADY, M. y McLAUGHLAN, K. Exclusion and inclusion criteria for people with aphasia in studies of depression after stroke: a systematic review and future recommendations. *Neuroepidemiology*. 2007; 29(1-2): 1-17.
23. POMPON, R.H., FASSBINDER, W., McNEIL, M.R., YOO, H., KIM, H.S., ZIMMERMAN, R.M. *et al.* Associations among depression, demographic variables, and language impairments in chronic post-stroke aphasia. *Journal of Communication Disorders*. 1 de noviembre de 2022; 100: 106266.
24. ASHAIE, S.A., HURWITZ, R., CHERNEY, L.R. Depression and Subthreshold Depression in Stroke-Related Aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1 de julio de 2019; 100(7): 1294-1299.
25. CARIS-VERHALLEN, W.M., KERKSTRA, A., BENSING, J.M. y GRYPDONCK, M.H. Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly. *Patient Education and Counseling*. 2000; 39(1): 91-103.



26. O'HALLORAN, R., HICKSON, L. y WORRALL, L. Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital: a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *Int J Lang Commun Disord.* 2008; 43(6): 601-632.
27. MARTÍN-DORTA, W.J., BRITO-BRITO, P.R. y GARCÍA-HERNÁNDEZ, A.M. Development and Content Validation of the CEECCA Questionnaire to Assess Ability to Communicate among Individuals with Aphasia Based on the NANDA-I and NOC. *Healthcare* (Basel). 28 de octubre de 2021; 9(11): 1459.
28. MARTÍN-DORTA, W.J., GARCÍA-HERNÁNDEZ, A.M., DELGADO-HERNÁNDEZ, J., SAINZ-FREGEL, E., MIRANDA-MARTÍN, R.C., SUÁREZ-PÉREZ, A. *et al.* Psychometric Testing of the CEECCA Questionnaire to Assess Ability to Communicate among Individuals with Aphasia. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. enero de 2023 [citado 11 de abril de 2023]; 20(5): 3935. Disponible en <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/5/3935>.

