

**UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE FONOAUDIOLOGÍA**



**“RELACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA TERAPIA  
FONOAUDIOLÓGICA DEL LENGUAJE CON LAS VARIABLES  
SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE USUARIOS ADULTOS  
ENTRE 50-80 AÑOS AFÁSICOS POST ACCIDENTE  
CEREBROVASCULAR (ACV) QUE SE ATIENDEN EN EL  
POLICLÍNICO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL HERNÁN  
HENRÍQUEZ ARAVENA (HHHA) DE TEMUCO DURANTE LOS  
AÑOS 2016-2017”**

Propuesta de Tesis para optar al  
Grado de Licenciado (a) en  
Fonoaudiología

AUTORES (AS): Melissa Mayorga Jara;  
Yoselyn Osorio Yáñez; Roxana Saavedra  
Lara; Constanza Sáez Fuentes.

PROFESOR (A) PATROCINANTE:  
Margarita Marilao Gorigoitia

PROFESOR (A) ASESOR

METODOLÓGICO: Mónica Velásquez  
Zabala

**TEMUCO**

**2017**

## **AGRADECIMIENTOS**

*En primer lugar, queremos agradecer a Dios por ser nuestro soporte y guía en este tiempo de arduo trabajo, en donde Él ha sido nuestra principal fortaleza y sustento.*

*En segundo lugar, agradecemos a nuestras familias, quienes nos soportaron cuando nuestro ánimo no era el mejor y nos alentaron a no rendirnos cuando queríamos desertar. Pero, sobre todo, agradecemos su esfuerzo, que es el que nos permitió llegar a la universidad y estar hoy ante esta instancia.*

*En tercer lugar, a nuestros docentes por su eterna disposición para aclarar nuestras dudas por muy pequeñas u obvias que fueran, por su constante guía, por alentarnos a cada día superarnos tanto en nuestra forma de redactar como en nuestra capacidad de resolver los problemas que surgían. Y a los funcionarios de la biblioteca por siempre recibirnos con la mejor disposición, por ayudarnos a encontrar los libros que necesitábamos, por facilitar los artículos científicos que no estaban disponibles en la web, incluso por abrirnos la biblioteca antes del horario establecido cuando llegábamos muy temprano y esperar que termináramos cuando nos pasábamos del horario de cierre.*

*A todos ellos, gracias.*

“La gratitud puede transformar días comunes en 'días de acción de gracias', por lo tanto, puede hacer de la rutina laboral un día con alegría y de las oportunidades, bendiciones.”

**William Arthur Ward.**

## RESUMEN

**Introducción:** En base a la experiencia clínica de fonoaudiólogos dedicados al área de la neurorehabilitación en adultos se observa que en muchos casos, usuarios con trastornos afásicos muestran una baja adherencia al tratamiento. Debido a esto surge la necesidad de plantear un tema de investigación que intente responder a esta percepción de no adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje. **Objetivo:** Establecer la relación entre la adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje y los factores sociodemográficos y clínicos en usuarios adultos entre 50 a 80 años de edad afásicos post accidente cerebrovascular (ACV). **Metodología:** Estudio Descriptivo de corte Transversal, Correlacional. Se selecciona las fichas clínicas de 50 usuarios adultos de ambos sexos, que se atienden en el policlínico de neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA) de Temuco, con el fin de extraer la información necesaria para llevar a cabo la investigación, la que posteriormente se relacionará con la tasa de adherencia. **Resultados:** Se espera obtener una baja adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje. Lo que invitaría a los clínicos a reflexionar sobre su manera de plantear la terapia, reajustando la intervención a las necesidades propias del usuario y su familia.

## ÍNDICE

|                                                       |           |
|-------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....</b>              | <b>8</b>  |
| 1.1 Presentación del Problema .....                   | 8         |
| <b>2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....</b>            | <b>10</b> |
| 2.1 Revisión de la Literatura .....                   | 10        |
| 2.1.1 Base de Datos .....                             | 10        |
| 2.1.2 Estrategia de búsqueda .....                    | 10        |
| 2.1.3 Términos de la búsqueda.....                    | 11        |
| 2.1.4 Límites asignados .....                         | 12        |
| 2.1.5 Resultados de la búsqueda.....                  | 12        |
| 2.1.6 Búsqueda dirigida.....                          | 13        |
| 2.2 Marco teórico .....                               | 15        |
| 2.2.1 Accidente cerebrovascular .....                 | 15        |
| 2.2.2 Afasia.....                                     | 18        |
| 2.2.3 Abordaje fonoaudiológico de la Afasia.....      | 23        |
| <b>3. CAPÍTULO III. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....</b> | <b>33</b> |
| 3.1 Tema de investigación.....                        | 33        |
| 3.2 Pregunta de investigación.....                    | 33        |

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.3 FINER .....                                                  | 33        |
| 3.4 Justificación pregunta de investigación.....                 | 35        |
| 3.5 Objetivo general .....                                       | 35        |
| 3.6 Objetivos específicos.....                                   | 37        |
| 3.7 Diseño de investigación.....                                 | 37        |
| 3.8 Hipótesis .....                                              | 37        |
| 3.9 Sesgos .....                                                 | 38        |
| <b>4. CAPÍTULO IV. MUESTRA.....</b>                              | <b>39</b> |
| 4.1 Definición de variables.....                                 | 39        |
| 4.2 Criterios de Inclusión y Exclusión .....                     | 42        |
| 4.3 Definición población diana del estudio. ....                 | 43        |
| 4.4 Descripción de la muestra .....                              | 43        |
| 4.5 Método de muestreo .....                                     | 43        |
| 4.6 Pruebas estadísticas .....                                   | 44        |
| 4.7 Tamaño Muestral.....                                         | 44        |
| <b>5. CAPÍTULO V. CONDUCCIÓN DEL ESTUDIO .....</b>               | <b>45</b> |
| 5.1 Procedimiento para la obtención de datos .....               | 45        |
| <b>6. CAPÍTULO VI. DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE RESULTADOS .....</b> | <b>47</b> |

|                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.1 Instrumentos para la recolección de datos.....                                                  | 47        |
| 6.1.1 Ficha de registro .....                                                                       | 47        |
| 6.1.2 Encuesta de valoración de variables de adherencia a la terapia fonoaudiológica<br>.....       | 48        |
| 6.2 Base de Datos .....                                                                             | 48        |
| 6.3 Programa de Análisis Estadístico .....                                                          | 49        |
| <b>7. CAPÍTULO VII. ÉTICA Y FONOAUDIOLOGÍA .....</b>                                                | <b>50</b> |
| 7.1 Autorizaciones de la investigación por parte de los directores de los<br>establecimientos ..... | 50        |
| 7.2 Consentimiento Informado.....                                                                   | 50        |
| 7.3 Privacidad y confidencialidad .....                                                             | 51        |
| 7.4 Principios éticos fundamentales .....                                                           | 51        |
| <b>8. CAPÍTULO VIII. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....</b>                                              | <b>53</b> |
| 8.1 Equipo de Trabajo .....                                                                         | 53        |
| 8.2 Cronograma de actividades 2017 .....                                                            | 54        |
| 8.3 Cronograma de actividades 2018 .....                                                            | 56        |
| 8.4 Carta Gantt .....                                                                               | 58        |
| 8.5 Presupuesto del estudio .....                                                                   | 62        |
| <b>REFERENCIAS .....</b>                                                                            | <b>63</b> |
| <b>ANEXO 1.....</b>                                                                                 | <b>65</b> |

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| <b>ANEXO 2.....</b> | <b>66</b> |
| <b>ANEXO 3.....</b> | <b>67</b> |
| <b>ANEXO 4.....</b> | <b>70</b> |
| <b>ANEXO 5.....</b> | <b>72</b> |
| <b>ANEXO 6.....</b> | <b>74</b> |
| <b>ANEXO 7.....</b> | <b>76</b> |

## 1. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Presentación del Problema

En la actualidad, en la IX región existe una alta tasa de incidencia de accidente cerebrovascular que corresponde a 961,3 según el estudio **“Egresos hospitalarios por enfermedad cerebrovascular en el período 2001-2010 en el Servicio de Salud Araucanía Sur”**, tasa que supera la nacional de 130 por cada 100.000 habitantes/año. Cabe destacar que estos datos son una estimación en base a proyecciones de otros estudios realizados en el país, por lo que es necesario que surjan más investigaciones que entreguen datos concretos sobre la incidencia del ACV, ya que es una de las principales causas de muerte y discapacidad tanto a nivel país como regional, afectando principalmente a los adultos mayores, población que en los últimos años ha ido incrementando, aumentando así la probabilidad de sufrir un ACV, puesto que la edad es un factor de riesgo directamente proporcional con esta patología.

Dentro de las principales secuelas post ACV, se encuentran los Trastornos Afásicos, con un 63% de prevalencia, por lo que adquiere relevancia el abordaje terapéutico fonoaudiológico, en términos de restablecer, en lo posible, las funciones del lenguaje alteradas, en pro de mejorar la calidad de vida de estos usuarios.

Sin embargo, la experiencia clínica de fonoaudiólogos en el área de la neurorehabilitación en adultos se observa que, en muchos casos, usuarios con trastornos afásicos muestran

una baja adherencia al tratamiento, lo que se evidencia en un escaso compromiso, recurrentes inasistencias a las sesiones o en definitiva la deserción del tratamiento.

Es debido a lo anterior que surge la necesidad de plantear un tema de investigación que intente responder a esta percepción de no adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje, generando datos duros basados en la realidad del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco, que avalen o refuten dicho pensamiento.

## **2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Revisión de la Literatura**

#### **2.1.1 Base de Datos**

Para llevar a cabo la investigación científica, se efectúa una revisión sistemática de la literatura utilizando la plataforma “PubMed”, que es la base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, la que contiene las citas y resúmenes de artículos más importantes de investigación biomédica. Se utiliza un método explícito, reproducible, planificado previamente, con secuencias de pasos protocolizados y un registro de la metodología empleada. Esto reduce al mínimo los sesgos en la información, permitiendo filtrar y capturar el mejor nivel de evidencia.

#### **2.1.2 Estrategia de búsqueda**

**P** : Usuarios adultos post-ACV  
**I** : Terapia fonoaudiológica  
**Co** : -----  
**R** : Adherencia a terapia fonoaudiológica

De la estrategia PICO<sub>R</sub> presentada anteriormente se obtiene la siguiente pregunta de búsqueda:

**¿Cuál es la tasa de adhesión de la terapia del lenguaje por parte de usuarios post ACV?**

Al momento de ingresar los términos de la estrategia PICO<sub>R</sub> en la herramienta de búsqueda Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) surgen tres estrategias PICO<sub>R</sub>, las que se contemplan en la búsqueda sistemática en la plataforma PubMed. La principal diferencia entre ellas es el término **I** (Intervención) donde surgen tres posibles opciones de búsqueda: **Terapia del lenguaje** (Language Therapy), **Terapia del habla** (Speech Therapy) y **Trastornos del habla** (Speech Disorders).

### 2.1.3 Términos de la búsqueda

En primera instancia, la búsqueda se realiza utilizando los siguientes términos:

| <b>Términos Libres</b>                                                                                                                      | <b>Términos MeSH</b>                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stroke<br>“Language Therapy”<br>“Patient Compliance”                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Stroke [MeSH]</li><li>• “Language Therapy” [MeSH]</li><li>• “Patient Compliance” [MeSH]</li></ul> |
| (Stroke OR “Stroke” [MeSH]) AND (“Language Therapy” OR “Language Therapy” [MeSH]) AND (“Patient Compliance” OR “Patient Compliance” [MeSH]) |                                                                                                                                           |

#### **2.1.4 Límites asignados**

Para la presente investigación el equipo investigador selecciona los filtros “**published in the 10 last years**” (últimos 10 años de publicación) y “**Full Text**” (texto completo) para acotar la búsqueda sistemática y reducir los resultados a la cantidad de artículos que aporten información relevante para esta investigación.

#### **Tipos de estudios considerados de mayor evidencia científica de acuerdo al tema de investigación**

#### **2.1.5 Resultados de la búsqueda**

Inicialmente, la búsqueda sistemática de literatura arroja cuatro artículos como resultado, la que se reduce a un artículo al aplicar los filtros. Los criterios de exclusión que se consideran son la fecha de publicación, la metodología aplicada en el estudio, el diagnóstico de los pacientes post accidente cerebrovascular, la intervención fonoaudiológica del lenguaje y habla y las expectativas de la presente investigación.

**Título:** Speech Language Pathologists' Opinions of Constraint-Induced Language

**Autores:** Stephen J. Page, and Sarah E. Wallace.

**Revista:** Taylor & Francis Online

**DOI:** 10.1310/tsr2104-332

El artículo hace referencia a la recolección de opiniones de ciento sesenta y siete expertos patólogos del habla y lenguaje con respecto a la “terapia de lenguaje inducida por restricciones” (CILT), como una posible intervención para mejorar el lenguaje expresivo en usuarios que presentan afasia no fluida. Se estimó que más del 60% de los pacientes tendría dificultades para adherirse al CILT. Para evaluar dicha adherencia se consideraron encuestas electrónicas con los criterios del número de horas de terapia, el número de días de terapia, la probabilidad de que los proveedores de atención médica brinden reembolso a los proveedores de CILT y el transporte al sitio de terapia.

El equipo investigador considera este artículo, debido a que el tema de estudio se correlaciona con el de la presente investigación, además, existe una correspondencia en las variables de población, entiéndase como, pacientes post accidente cerebrovascular, terapia fonoaudiológica de lenguaje y habla, y la adherencia a dicha terapia.

#### **2.1.6 Búsqueda dirigida**

Con el fin de ampliar el número de artículos de evidencia para la investigación se consultan otras bases de datos como “Biblioteca Virtual en Salud”, “Oxford Journals”, “BioMedical Central”, “Cochrane”, “LILACS”, “SciELO” y “Google académico”, pese a esto, sólo se obtiene un artículo de evidencia relevante para la investigación en la “Biblioteca Virtual de Salud”.

**Base de datos:** Biblioteca Virtual en Salud (BVS)

**Título:** Access to Rehabilitation at Six Months Post Stroke: A Profile from the Action on Secondary Prevention Interventions and Rehabilitation in Stroke (ASPIRE-S) Study.

**Autores:** Hall, Patricia; Williams, David; Hickey, Anne; Brewer, Linda; Mellon, Lisa; Dolan, Eamon; Kelly, Peter J; Shelley, Emer; Horgan, N Frances.

**ID:** mdl-27189709

El estudio de la Acción sobre la prevención secundaria y la rehabilitación en accidentes cerebrovasculares (ASPIRE-S) recluta doscientos cincuenta y seis pacientes hospitalarios con el fin de evaluar el perfil de discapacidad y rehabilitación, además de la adhesión a las recomendaciones de rehabilitación (acorde a la necesidad de cada paciente) 6 meses después del desencadenamiento del accidente cerebrovascular isquémico. Los pacientes son derivados a distintos profesionales de la salud, los que forman parte del equipo multidisciplinario de dicho centro. Entre ellos se encuentran fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y terapeuta del habla y del lenguaje. El objetivo del estudio es entregar una tasa porcentual del nivel de compromiso de cada paciente con las terapias establecidas por los especialistas mencionados anteriormente.

Se selecciona el artículo por la concordancia en la población, metodología y resultado. Aun cuando el estudio se lleva a cabo en un centro hospitalario de otro país y sus resultados no son generalizables, se conserva la idea de recaudar datos de un número determinado de usuarios atendidos en un centro de salud específico post accidente cerebrovascular, para luego tasar el porcentaje de adhesión a la terapia de lenguaje y habla.

## **2.2 Marco teórico**

### **2.2.1 Accidente cerebrovascular**

El accidente cerebrovascular (ACV), también conocido como Accidente Vascular Encefálico (AVE), o como actualmente se le denomina, Enfermedad Cerebrovascular (ECV), se define, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración (1).”

Una de las clasificaciones más comunes del ACV, lo divide en isquémicos y hemorrágicos. El ictus isquémico es producto de una completa o parcial obstrucción de alguna de las arterias que irrigan el cerebro. Dicha obstrucción evita el flujo de sangre, el cual, si no se mantiene, causa pérdida de tejido y muerte celular, ya que, sin la sangre, no llegan nutrientes ni oxígeno hacia las células, ni tampoco se extraen los desechos que éstas liberan. Las causas más comunes del accidente isquémico son la obstrucción trombótica y/o embólica de una arteria (2).

El accidente hemorrágico es resultado de la ruptura de un vaso sanguíneo del cerebro. La hemorragia puede ocurrir en tres zonas distintas: en el parénquima cerebral, en el espacio subaracnoideo y en el espacio subdural. El tipo más común de hemorragia, que se relaciona con una patología del lenguaje, ocurre en el parénquima cerebral, debido, generalmente, a la ruptura de una pequeña arteria al interior del cerebro, aunque también

puede darse por el sangrado de malformaciones de vasos sanguíneos, llamados malformación arteriovenosa (2).

Estas dos grandes clasificaciones, derivan en subclasificaciones, es así como se habla de accidentes cerebrovasculares trombóticos, embólicos y lacunares, que formarían parte de los ictus isquémicos. Mientras que los accidentes hemorrágicos, pueden subdividirse según el área donde se produzca la hemorragia.

#### **2.2.1.1 Epidemiología del ACV**

Una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial es el ACV según la OMS en el 2002, el número de accidentes cerebrovasculares a nivel mundial fue de 15 millones de personas, de estos hubo 5 millones de defunciones, mientras que 5 millones quedaron secueledados.(3) Por otra parte, la American Heart Association, sitúa al ACV como la quinta causa de muerte, y reportó 6,5 millones de muertes por ACV en el 2013.(4) A nivel país, según datos del Ministerio de Salud (MINSAL) el ACV también se sitúa como principal causa de muerte, con 9.004 fallecidos al año, datos entregados en el 2013. Además, es la primera causa específica de años de vida saludables perdidos por discapacidad y muerte prematura en mayores de 74 años, lo que constituye al ACV como un problema de suma importancia para la Salud Pública. (5)

En cuanto a la IX región, la tasa de mortalidad en la Araucanía fue de 192,6 a 226,7 por 100.000 habitantes /año, superando la tasa nacional en varias comunas de la Región, según un estudio realizado en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco.(6) Sin embargo, estos datos obtenidos tanto para la población nacional como regional, se basan

en estimaciones entregadas en el estudio PISCIS, realizado en Iquique en el año 2002, por lo que surge la necesidad de recabar datos epidemiológicos nuevamente, de manera más representativa y concreta, puesto que son necesarios para dar cuenta de la verdadera prevalencia e incidencia de esta patología en nuestro país. (7)

#### **2.2.1.2 Consecuencias del ACV**

El ACV desencadena múltiples consecuencias de distinta complejidad, puesto que en los pacientes post-acv, el alta médica no es sinónimo de recuperación, ya que hasta el 90% de los supervivientes acaba con algún tipo de discapacidad, éstas pueden ser neurológicas, motoras, tónicas, sensitivas, cognitivas, sensoriales y psicológicas.(3) De hecho, el 30-40% de los sobrevivientes de un ictus, tienen alguna secuela grave, el 60 % tiene secuelas leves, sin embargo, sólo un 6% de los pacientes post-acv que experimentan parálisis inicial grave, tienen una recuperación cabal de la movilidad. (8)

Uno de los criterios para clasificar las consecuencias de un ACV, es según el área donde se produce el ictus. Si la lesión ocurre en la distribución anterior, las causas son: hemiparesia y pérdida hemisensorial, mayor en piernas que brazos, mutismo, disminución de la espontaneidad, bradifemia, apraxia, abulia, mutismo acinético. Por otra parte, si la lesión es en la parte posterior, las consecuencias posibles son: coma, hemiplejia, ataxia, temblor, hemibalismo, pérdida sensorial, dolor intratable, pérdida de visión uni o bilateral y prosopagnosia. (2) Continuando con los sitios de lesión, si se afecta la distribución vertebral de la arteria basilar, se puede producir paresia, pérdida sensorial, ataxia, diplopía, disartria, vértigo y coma. (2)

Finalmente, al hablar de una injuria producida en la distribución media de la arteria cerebral, las consecuencias serían: hemiplejia o hemiparesia, pérdida hemisensorial, hemianopsia homónima, disfunción perceptual y afasia. (2)

### **2.2.2 Afasia**

La afasia se define como “un trastorno del lenguaje causado por una lesión en las áreas que controlan la expresión y comprensión, como también sus componentes: el conocimiento fonológico, morfológico, sintáctico y semántico. Pues, las áreas corticales y subcorticales a cargo de las funciones lingüísticas se encuentran principalmente en el hemisferio izquierdo y están interconectadas para codificar el lenguaje; cualquier alteración o lesión en alguna de estas zonas o en las uniones de estas, producirá un cuadro específico de afasia”.(9) También puede definirse como “un trastorno de comunicación adquirido causado por daño cerebral, caracterizado por un deterioro de las modalidades del lenguaje: hablar, escuchar, leer y escribir; no es el resultado de déficit sensorial o motor, un déficit intelectual general, confusión o un trastorno psiquiátrico.” (10)

Existen distintas formas de clasificar la afasia, según la localización de la lesión y los componentes del lenguaje que están afectados. Los modelos clásicos localizacionistas-conexionistas proponen que una lesión en cualquiera de las regiones o conexiones entre dos de ellas producirá una forma característica y predecible de afasia. Sin embargo, existen diversos factores que influyen en la variabilidad de los síndromes afásicos, como la edad del usuario, etiología, lateralidad, existencia de lesiones cerebrales anteriores, presencia de episodios epilépticos, depresión u otras manifestaciones médicas o psiquiátricas. (9)

### **2.2.2.1 Etiología de la afasia**

La afasia posee una variada etiología, puesto que puede presentarse tras sufrir un ACV, por presencia de tumores, enfermedades neurodegenerativas, entre otros. De lo mencionado anteriormente, el ACV destaca como principal causa, encontrándose entre 21-38% de los casos de cuadros afásicos, siendo casi siempre consecuencia de lesiones en el hemisferio izquierdo. La afasia secundaria al accidente cerebrovascular se asocia directamente con el aumento de la mortalidad de los usuarios, tanto a corto como a largo plazo, ya que un tercio de los usuarios con afasia aguda fallecen durante la hospitalización. Mientras que aquellos usuarios que sobreviven los 6 primeros meses, sólo el 37% lo hacen de manera independiente, mientras que el 63% restante necesita algún tipo de ayuda, lo que significa un importante impacto económico y social para la familia y el país.

Otra de las causas importantes de afasia son los traumatismos encéfalo craneanos, que se deben principalmente a accidentes automovilísticos y laborales, siendo la primera causa de muerte en la población entre 20-40 años de edad en nuestro país. Por otra parte, los tumores, son otra causa de afasia producto de la compresión que se genera sobre áreas relacionadas con el lenguaje, presentan un número de 600 casos por año en Chile, si se trata de un tumor producido en el sistema nervioso central; mientras que el número asciende a cerca de 35000 casos por año si se consideran todos los tipos de tumores que pueden existir en el organismo. (11)

Otras causas de afasia, como enfermedades neurodegenerativas tales como la demencia, presentan una alta prevalencia en Chile, estimada entre 60.000-120.000 casos. A estos casos, hay que agregar la población que sufre enfermedades del tipo infecciosas, metabólicas y neurológicas que también son parte de la etiología de la afasia, lo que se

traduce en una gran cantidad de personas en nuestro país susceptibles de presentar un cuadro afásico.

#### 2.2.2.1 Clasificación de afasia

La nomenclatura actualizada para clasificar la afasia es la propuesta por la American Speech-Language Hearing Association (ASHA) la cual considera los criterios propuestos años anteriores por Ardila y Boston en 1996, pero, además, incluye los hallazgos lingüísticos presentes en cada tipo de afasia.

Según la dicotomía planteada por Ardila (2006), la ASHA clasifica las afasias como fluentes y no fluentes. El término fluente hace referencia a la capacidad que tiene un usuario afásico de producir un habla fluida, manteniendo una estructura de la oración la cual carece de significado, mientras que el término no fluente indica que la producción de la voz del usuario afásico es lenta y forzada, la gramática se encuentra alterada, sin embargo las palabras de contenido pueden estar preservadas.(10)-(12) Estas clasificaciones a su vez se subdividen en cuanto al componente comprensivo del lenguaje, es decir, si este se encuentra relativamente conservado o alterado.

Siguiendo esta línea de clasificación se debe mencionar que, dentro de las afasias fluentes, cuyo componente comprensivo del lenguaje está relativamente conservado, se encuentran las afasias de conducción y anómica.(10)-(12) En la **afasia de conducción** la comprensión, fluidez y prosodia se encuentran dentro de rangos normales, mientras que la repetición, nominación, lectura oral y escritura se encuentran alterados. Son frecuentes las sustituciones fonémicas debido a la desconexión de las áreas del lenguaje, las parafasias

literales y conductas de ensayo y error que causan titubeos en el habla. Según Helm-Estabrooks & Albert (2005), cuando se repiten los intentos, la producción verbal puede acercarse a la forma normal (conducta de aproximación) o puede alejarse de la articulación normal de la palabra (conducta de desviación). El sitio de lesión se ubica a nivel de la circunvolución supramarginal y en las vías que conectan el área de Broca y Wernicke (fascículo arqueado y longitudinal superior).(9) Los trastornos neurológicos asociados a esta afasia son una leve hemiparesia, pérdida de sensibilidad cortical y apraxia verbal e ideomotora.(9) La **afasia anómica** por su parte se caracteriza por alteraciones en la producción verbal en donde la denominación se encuentra seriamente afectada, provocando interrupciones abruptas en el discurso de estos usuarios, aun así, la sintaxis se encuentra adecuada. Por otra parte, existen sustituciones léxicas por palabras inespecíficas, también siendo frecuentes las parafasias semánticas y los circunloquios. La comprensión está levemente alterada o normal, la repetición está intacta, mientras que la lectoescritura es variable. Según lo señalado en la literatura el sitio de lesión se ubica en la circunvolución angular, o también puede tener su origen en la segunda circunvolución temporal. Se debe mencionar que esta afasia es controversial, ya que la anomia se presenta en muchos de los cuadros afásicos que son provocados tanto en la región perisilviana como extrasilviana. (9)

Las afasias de Wernicke y transcortical sensorial son consideradas afasias fluentes cuya comprensión del lenguaje se ve alterada. (10)-(12) Es por eso que en la **afasia de Wernicke** se puede observar una notable dificultad en la comprensión del lenguaje, repetición y lectoescritura. Su producción verbal es excesiva, con pobre uso de palabras de contenido (específicamente de sustantivos). Además, existe la presencia de parafasias en su discurso, que pueden ser verbales o semánticas y fonológicas. En los casos más alterados de este tipo de afasia, hay una presencia excesiva de neologismos, en donde la jerga prosódica contiene sonidos fluidos. La lesión se localiza en el área de Wernicke, en el tercio posterior de la circunvolución temporal superior.(9)El sitio de lesión de la **afasia transcortical sensorial** se sitúa en la región posterior del cerebro, específicamente en el territorio

parietotemporal, en donde hay irrigación de las arterias cerebrales media y posterior.(9) Se caracteriza por presentar dificultades de evocación de palabras, una deficiente comprensión auditiva y lectoescritura, mientras se mantiene conservada la repetición. El discurso que presentan es vacío, en donde hay un uso constante de palabras inespecíficas, también se aprecia el uso parafasias con sustituciones semánticas, neologismos e incluso perseveraciones. (9) Ardila (2006) menciona que estos usuarios presentan otras alteraciones neurológicas, como agnosia visual de leve a moderada y carencias en el campo visual derecho. (13)

Las afasias no fluentes que manifiestan una comprensión del lenguaje relativamente conservada son las afasias de Broca y transcortical motora, mientras que la afasia global se encuentra dentro de la clasificación de afasias no fluentes en donde la comprensión del lenguaje se ve alterada. (10)-(12) Es característico de la **afasia de Broca** la presencia de anomia, reducción de la longitud de los enunciados, comprensión auditiva parcialmente conservada y repetición seriamente alterada. El rasgo distintivo es el agramatismo, en donde hay presencia de palabras de contenido (sustantivos, verbos principales) con poco uso de palabras funcionales (pronombres, preposiciones, artículos); también existe esfuerzo en la producción del habla. (9) En cuanto a la lesión se puede decir que esta abarca la región frontal lateral izquierda, el áreas prerrolándica y la zona perisilviana superior, y se despliega hacia la sustancia blanca periventricular subcortical adyacente. (9) Cuando la lesión se restringe al área de Broca, habitualmente la afectación del lenguaje es moderada y la recuperación buena o bastante buena.(14) En la **afasia transcortical motora** el daño suele localizarse en el área motora suplementaria (porción superior de la región parasagital) del lóbulo frontal dominante.(14) También se puede dar por alteraciones en otros territorios, como lo son el área motora suplementaria específicamente las vías de sustancia blanca que pasa por debajo de esta zona o la región anterosuperior al área de Broca en el hemisferio izquierdo.(9) Se caracteriza por dificultades en la fluidez, denominación y la lectoescritura, además de un esfuerzo mayor que en la afasia de Broca para articular enunciados; mientras la comprensión, la repetición, el lenguaje automático

están generalmente conservados.(9) Es importante señalar que esta afección puede estar asociada a hemiparesia leve y problemas en el cálculo matemático.(9) Finalmente, la ***afasia global*** es la más severa, en cuanto a daño neurológico y pronóstico del usuario. Presenta lesiones extensas en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, con afectación de las áreas frontoparietales y temporoparietales.(14) Algunas de las características observables en los usuarios son anomia profunda, mala repetición y una comprensión y lectoescritura muy afectadas.(9) Además, este cuadro se puede acompañar de alteraciones de la sensibilidad, disfagia, disartria, distintos tipos de apraxia, agnosia visual, anosognosia, acalculia y hemiparesia severa.(9) El usuario puede ser capaz de comunicarse utilizando la expresión facial, la entonación y los gestos. (10)-(12)

### **2.2.3 Abordaje fonoaudiológico de la Afasia**

En primera instancia, se practica una evaluación inicial en la fase aguda de la afasia, cuando el usuario está hospitalizado. El objetivo de esta evaluación es establecer un diagnóstico certero, descartando diagnósticos diferenciales de otros trastornos de la comunicación, tales como la disartria, mutismo, anartria y síndromes frontales, para así seguir los conductos regulares de la guía garantías explícitas en salud (GES). Posteriormente, y cuando el usuario tiene una capacidad atencional suficiente, se le efectúa una evaluación formal cuyo fin es diferenciar el tipo y grado de afasia que afecta al usuario, además, de consignar los déficits asociados. Al momento de evaluar se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: lenguaje expresivo, comprensión auditiva, lectura y escritura.

Helm-Estabrooks y Albert (2005) establecen que para diagnosticar el tipo de afasia de un usuario se deben considerar la determinación de la fluidez del habla, la longitud de la

frase, la preservación de la capacidad de comprensión auditiva, y la capacidad de repetición. Es útil, además de la evaluación del lenguaje, hacer una evaluación general de las funciones cognitivas superiores, tales como la atención, memoria, funciones ejecutivas y capacidades visuoespaciales.

Algunos de los test generales para la evaluación de la afasia son:

- **Test de Boston:** los objetivos de la prueba son diagnosticar la presencia y el tipo de cuadro afásico, permitiendo determinar el lugar de la lesión, determinar el rendimiento del usuario en diversas pruebas, y evaluar las capacidades lingüísticas para así diseñar un plan terapéutico. (15)
- **Batería de las afasias de Western:** esta batería pretende conseguir una valoración global sobre el estado general del usuario con afasia mediante la aplicación de 4 subpruebas del lenguaje oral. (15)
- **Test de denominación de Boston:** este test tiene como principal utilidad una apreciación más certera de la anomia. En esta prueba el evaluado debe nombrar las 60 figuras que se le presentan, con ayudas semánticas y/o fonológicas de ser necesario. (15)

#### 2.2.3.1 Intervención de la Afasia

Es importante considerar el inicio temprano de la intervención (15 - 30 días luego de la presentación del cuadro), pues la recuperación del lenguaje es más activa durante el primer año. (15) Al momento de formular un plan de intervención se debe considerar la gravedad del cuadro, la presencia de trastornos neuropsicológicos asociados, el tamaño y ubicación

de la lesión, como también antecedentes personales del afectado, tales como la edad, el sexo, la escolaridad y la lateralidad. La etiología de la afasia es otro aspecto importante a considerar, debido a que la afasia traumática tiene una recuperación más rápida que la vascular, y dentro de ésta última, la hemorrágica mejor que la isquémica. (15) Las habilidades comunicativas conservadas y no conservadas también son un factor a considerar.

Los objetivos a cumplir a lo largo de la intervención deben ser desarrollar estrategias que compensen o minimicen los problemas de lenguaje; localizar problemas psicológicos asociados que comprometen la calidad de vida de la persona afásica. Finalmente es importante invitar a la familia a formar parte de la terapia del lenguaje para estimular las habilidades comunicativas del usuario, y así acelerar su proceso de integración social. (15)

El policlínico de neurología del H.H.H.A de Temuco basa su intervención fonoaudiológica en una metodología de trabajo individual y grupal. Respecto al modelo de intervención, se trabaja con el modelo de dishabilidades específicas, el cual centra la planificación en las necesidades del paciente. Referente a la terapia, se basan en las que se encuentran disponibles en la literatura tales como la terapia de entonación melódica: la cual consiste en producir sílabas de forma aislada y prolongada de tal forma que se logre entonar lentamente, manteniendo un tono continuo, utilizando además la prosodia de la frase. Lo que permite esta terapia es la superación de la agnosia auditiva a través del análisis auditivo más preciso que se logra debido a la elongación. Los requisitos para optar a esta terapia son que se encuentra preservada la comprensión auditiva y la expresión oral (aunque se esté reducida).(16)

Estas terapias se van adaptando de acuerdo a las necesidades comunicativas que presente el usuario. En cuanto a la jerarquización de hallazgos, se prioriza deglución y luego comunicación. La frecuencia de las sesiones depende de la severidad del cuadro del usuario y el acceso a terapia, puede ser 1 por semana o 1 cada 15 días. Finalmente, cabe señalar que cada sesión según lo estipulado en la programación del hospital regional de Temuco debe tener una duración de 30 minutos por usuario.

Terapia de acción visual: Es un tipo de terapia en el cual se usa la información visual y que se ejecuta a través de signos. El objetivo de esta terapia es la de que el usuario logre comunicarse. Un requisito para llevarla a cabo es la que el paciente debe lograr producir signos por medio de la imitación ya que la terapia se basa en la capacidad del usuario de representar imágenes, objetos o representaciones a través de ellos. Lo que se busca con esto es potenciar las habilidades del usuario que se mantienen conservadas.(16)

Terapia basada en el dibujo: esta terapia está basada en que el estímulo entra por la vía visual y se ejecuta de forma oral, el objetivo de este tipo de terapia es la de estimular la oralidad o escritura a través de dibujos. Frecuentemente los pacientes con afasia, con el fin de comunicarse recurren al dibujo, debido a que estos pacientes mantienen la capacidad de expresión gráfica antes que la oral. Es por ello que para mejorar su acceso al léxico se pueden utilizar imágenes o gráficos que le facilitan esta acción. Como requisito básico se considera la capacidad del paciente para secuenciar historias con al menos tres viñetas.(16)

Control voluntario de producciones involuntarias: Esta terapia se basa principalmente en que el paciente logre integrar palabras que produce espontáneamente (ej.: asociados a una imagen.) en su vocabulario para usarlas de forma voluntaria y controlada. Estas palabras

se deben ir integrando poco a poco durante la terapia, para esto es necesario que el paciente pueda producirlas, lo cual no siempre está conservado en un paciente afásico.(16)

Programa para la estimulación sintáctica de Helm: Esta terapia utiliza tanto el apoyo visual como auditivo para lograr una mejor sintaxis en pacientes con agramatismo. Para esto el terapeuta debe entregarle al paciente información tanto verbal como en imágenes, con esto el usuario debe contestar una serie de preguntas que van de menor a mayor dificultad. Con este tipo de terapia se potencia el nivel morfosintáctico donde se le dan herramientas al paciente para mejorar su sintaxis, este modelo rígido se basa en que desde el ámbito neurológico y neuropsicológico el paciente adulto afásico posee menos permeabilidad que un niño en proceso de desarrollo en el aprendizaje de estructuras sintácticas.(16)

Tratamiento de la perseveración: Se basa en la toma de conciencia por parte del paciente en su perseveración. Con este fin el terapeuta utiliza cualquier medio para que el paciente tome conciencia (imágenes, espejos, gestos, escritos, etc), reduzca y controle su perseveración. (16)

### **2.2.3.2 Adherencia a la terapia del lenguaje**

El concepto de adherencia a la terapia es un término amplio y diverso, se aborda de forma diferente según las diversas áreas de la salud. En general, las definiciones que se acercan más son las del área médica, enfocadas en tratamientos que incluyen terapia farmacológica propiamente tal.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2004) define la adherencia al tratamiento como “el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y con el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado”. (17)

Así una definición dada por Silva (2005), postula lo siguiente: “La adherencia se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para: asistir a las consultas programadas (consultorios/hospitales), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados, completar los análisis o pruebas solicitadas.” (18)

Sobre el concepto de “no- adherencia” a la terapia Silva (2005) la define como “la falla en realización de instrucciones terapéuticas de forma eficiente, sean estas realizadas de forma voluntaria como inadvertida.” (18)

La adherencia a la terapia puede estar influida por una serie de factores, los cuales forman parte del proceso global de la terapia y adherencia a esta. A continuación, se dan a conocer algunos de ellos.

El **deterioro sensorial y cognitivo** se consideran factores relacionados con la adherencia a la terapia por parte del paciente. El deterioro sensorial, se relaciona con pérdida de la visión y/o audición que pueden provocar que la información entregada sobre las instrucciones de la terapia, de manera escrita o verbal, no sea integrada correctamente por los usuarios; mientras que el deterioro cognitivo y las alteraciones del estado de ánimo, por ejemplo: demencias, depresiones, ansiedad, entre otros, provocan que la información no se procese adecuadamente. (19)

La **interacción médica/paciente**, también es considerado un factor que influye en la adherencia a la terapia, puesto que es importante que las instrucciones entregadas por el médico sean claras y de calidad en lo relacionado a la duración, forma y horarios de la medicación. Si el paciente no es capaz de manifestar sus dudas y/o consultas que tiene o si la comunicación médico-paciente o viceversa es deficiente, igual se ve afectada la adherencia. Si el médico no dispone un tiempo de consulta prudente para que el paciente comprenda el tratamiento al que será sometido, puede ser causa de no-adherencia. (19)

Según Becker y Mainman (1975) los factores relacionados con la **enfermedad** están fuertemente asociados a la adherencia, son aquellos que tienen que ver con la severidad de los síntomas, el nivel de deterioro o de discapacidad asociada, la progresión de la enfermedad y la disponibilidad de tratamiento eficaz. De este modo cabe destacar la importancia de los síntomas como “clave para la acción.”

Rodriguez-Marin (1990) considera que la **dosificación del tratamiento** puede influir en la adherencia de los pacientes. Los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencias que las multidosis. Gonzalez, Orero y Prieto (1997), afirman que “cuanto mayor es la frecuencia de administración, peor es el cumplimiento por parte del paciente ya que probablemente tendrá que interrumpir sus actividades normales para tomar la dosis en varias ocasiones, lo que puede provocar olvidos y rechazos.” (19)

Basterra (1997), citado por Martos et al (2010), menciona que los pacientes tienden a desesperarse cuando la **terapia** se prolonga en el tiempo y no produce una curación inmediata o como mínimo rápida.

Algunos autores como Alonso et al (2003); Bishop (1994); Evans y Spelman (1983); Friedman y Dimatteo (1989) consideran la importancia que tiene una buena relación **paciente-profesional sanitario** en el grado de cumplimiento de las recomendaciones médicas. Basterra, (1999); Gonzalez et al. (1997); Russell y cols. (2004), afirman que “la adherencia no depende exclusivamente del paciente o del médico, sino que es una responsabilidad compartida por los dos y, por lo tanto, requiere una relación bidireccional”.

En cuanto a los factores relacionados con el paciente, Pozo, Alonso y Hernández, (2007), refieren, que la **información a la que tiene acceso el paciente sobre la enfermedad**, sus **creencias** de la misma y las **experiencias de otras personas** influyen en la adherencia a la terapia. Además de esto, la **motivación** que tiene para hacerle frente, la autoeficacia percibida o confianza en sus habilidades para manejar sus conductas de control de la

enfermedad, las expectativas sobre el resultado del tratamiento y las consecuencias del incumplimiento terapéutico pueden interactuar de muy diversas formas para comprometerse con el proceso terapéutico.

En relación a la adherencia a la terapia de rehabilitación, Rossini et al (2010) en su artículo “Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación”, señalan que los programas de rehabilitación tienen por objetivo mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico al reducir los síntomas que presenta el usuario, además pretenden mejorar la funcionalidad de estos. (20)

La adherencia a la terapia tiene directa relación con la **severidad del cuadro** que presenta el usuario e involucra la participación activa tanto del terapeuta en el box como de los familiares y/o cuidadores en casa. (20)

Si el paciente se adhiere a la terapia, el pronóstico de éxito de la rehabilitación es mayor. Aun cuando se tiene conocimiento de este efecto, en estudios se evidencian porcentajes bajos a moderados de adherencia, representado un 35% de adherencia completa a planes terapéuticos que se realizan en el hogar, mientras que existe deserción entre un 30-80% por usuarios cardiacos. Sin embargo, las estadísticas dicen que el mayor porcentaje de adherencia a la terapia (40-91%) es representado por deportistas que han sufrido algún tipo de lesión. (20)

En la actualidad, existe la percepción, por parte de profesionales del área de fonoaudiología, que la terapia del lenguaje en pacientes con afasia presenta una baja tasa

de adherencia, sin embargo, no existen estudios que entreguen evidencia sobre el porcentaje de adherencia existente o evidencia de las causas o factores que podrían estar interfiriendo en la adhesión de los pacientes a esta terapia. A raíz de este hecho, el equipo investigador decide realizar este estudio, para abrir la investigación en el tema e intentar dar respuestas a esta interrogante.

Para efectos de este estudio, el equipo investigador **considera como adherencia** a la terapia fonoaudiológica del lenguaje la **asistencia a las sesiones terapéuticas** (sesiones planificadas versus sesiones asistidas), la **asistencia a los controles terapéuticos** (interés por asistir a las sesiones) y el **cumplimiento de los objetivos terapéuticos**.

### **3. CAPÍTULO III. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Tema de investigación**

Relación de la adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje con las variables sociodemográficas y clínicas en pacientes afásicos post accidente cerebrovascular.

#### **3.2 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación de la adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje con las variables sociodemográficas y clínicas de usuarios adultos afásicos post accidente cerebrovascular (ACV) entre 50 a 80 años de edad atendidos en el policlínico de neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA) de Temuco durante los años 2016-2017?

#### **3.3 FINER**

**F:** Es factible, en primer lugar, porque se cuenta con una población accesible, la cual es atendida en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco (HHHA), centro que tiene convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera. Por otro lado, no

existe un costo monetario excesivo para el desarrollo de este proyecto, más que el gasto en movilización y fotocopias.

**I:** Resulta interesante ya que este proyecto impulsa a generar nuevos temas de investigación en el área de neurorehabilitación en fonoaudiología, con miras a mejorar las técnicas utilizadas en rehabilitación permitiendo que la terapia cumpla a cabalidad las necesidades comunicativas y lingüísticas del usuario.

**N:** Esta investigación nace de la inexistencia de información referente al tema de adherencia en el área de neurorehabilitación en fonoaudiología, por lo que el principal objetivo es entregar datos que den a conocer el estado de la disciplina en este ámbito, abriendo la posibilidad de instaurar mejoras en el caso de ser necesario.

**E:** Esta investigación es ética, pues resguarda la integridad de los usuarios, respetando el acuerdo de confidencialidad, vale decir que ninguno de sus datos personales sea publicados ni expuestos. Se procura respetar los protocolos de trabajo establecidos por el HHHA de Temuco. Cabe mencionar, que esta investigación, no causa daños ni perjuicios a los usuarios, puesto que asegura respetar la autodeterminación y brindar protección frente a daños o abusos. Para la toma de la muestra se consideran usuarios afásicos post ACV independiente de su situación socioeconómica y/o su grado de dependencia.

**R:** El tema de estudio es relevante porque permite visualizar cuales son los factores que realmente influyen en la adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje en usuarios afásicos post ACV atendidos en la unidad de neurología del HHHA de Temuco. Además,

toma relevancia, para el saber científico, pues permite la apertura en líneas de investigaciones futuras de fonoaudiología planteando interrogantes como: ¿El abordaje terapéutico de pacientes afásicos post ACV cumple las expectativas de los usuarios y/o cuidadores? ¿Existen técnicas o métodos más eficientes para la “recuperación y/o funcionalidad” de estos usuarios?

### **3.4 Justificación pregunta de investigación**

En la actualidad, existe la percepción, por parte de profesionales del área de fonoaudiología, que la terapia del lenguaje en usuarios con afasia presenta una baja tasa de adherencia, sin embargo, no existen estudios que entreguen evidencia sobre el porcentaje de adherencia existente o evidencia de las causas o factores que podrían estar interfiriendo en la adhesión de los usuarios a esta terapia. A raíz de este hecho, el equipo investigador decide realizar este estudio, para abrir la investigación en el tema e intentar dar respuestas a esta interrogante.

### **3.5 Objetivo general**

Establecer la relación entre la adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje y factores sociodemográficos y clínicos en usuarios adultos entre 50 a 80 años de edad post accidente cerebrovascular (ACV) atendidos en el policlínico de neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA) de Temuco durante los años 2016-2017.



### **3.6 Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas y clínicas en usuarios adultos afásicos entre 50 a 80 años de edad post ACV.
- Valorar las variables relacionadas con la adherencia a la terapia fonoaudiológica cumplidas por los usuarios pertenecientes a la muestra.
- Estimar la tasa de adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje en usuarios afásicos entre 50 a 80 años de edad post ACV.
- Relacionar las variables asociadas con la adherencia a la terapia fonoaudiológica y las características sociodemográficas de los usuarios
- Relacionar las variables asociadas con la adherencia a la terapia fonoaudiológica y las características clínicas de los usuarios.
- Relacionar la tasa de adherencias y características sociodemográficas de los usuarios.
- Relacionar la tasa de adherencias y características clínicas de los usuarios.

### **3.7 Diseño de investigación**

- Diseño de investigación descriptivo de corte transversal correlacional.

### **3.8 Hipótesis**

- Las variables sociodemográficas y clínicas tienen una relación directa con la tasa de adherencia que presentan los usuarios afásicos a la terapia fonoaudiológica del lenguaje.

### 3.9 Sesgos

- **Sesgo de diseño:** Los investigadores son conscientes que el diseño de investigación presenta características inherentes que pueden generar sesgos en su aplicación. Con el fin de controlar este sesgo, el equipo se plantea un trabajo estructurado para cada etapa del proceso de investigación, ciñéndose a la estructura del estudio descriptivo de corte transversal correlacional, realizando las adaptaciones correspondientes durante el proceso, para así lograr la confiabilidad de la estimación a realizar.
- **Sesgo de procedimiento:** En cuanto a la falta de experticia del equipo investigador en el acto de recaudar los datos, este ha de contar con el asesoramiento de profesionales competentes en el área de investigación.

## 4. CAPÍTULO IV. MUESTRA

### 4.1 Definición de variables

| Variable                 | Clasificación | Tipo de variable | Descripción operacional                                                                                                                               |
|--------------------------|---------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sociodemográficas</b> |               |                  |                                                                                                                                                       |
| Edad                     | Cuantitativa  | Discreta         | Se considera como variable edad el número de años que tenga el usuario.                                                                               |
| Sexo                     | Cualitativa   | Dicotómica       | Se considera como variable sexo aquellos individuos que biológicamente son hombre o mujer.                                                            |
| Escolaridad              | Cualitativa   | Ordinal          | Se considera como variable escolaridad el grado escolar cursado por el usuario, ya sea en su totalidad o parcialmente. Básico-Media-Técnico-Superior. |
| Ocupación                | Cualitativa   | Nominal          | Se considera como variable ocupación aquel empleo u oficio que desempeñaba el usuario antes del ACV.                                                  |
| Etnia                    | Cualitativa   | Dicotómica       | Se considera como variable etnia, que el usuario se auto-identifique con la cultura y participe activamente en una comunidad.                         |
| Lugar de procedencia     | Cualitativa   | Dicotómica       | Se considera como variable lugar de procedencia, la zona donde el usuario                                                                             |

|                                     |             |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------|-------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     |             |         | reside. Entendiéndose “ <b>Urbano</b> ” como residir en una ciudad o pueblo urbanizado, y “ <b>Rural</b> ” como residir en zona de campo donde se desarrollan labores de agricultura y ganadería.                                                                                                  |
| Autonomía                           | Cualitativa | Ordinal | Se considera como variable autonomía, el grado de independencia con el que el usuario manifiesta posterior a la lesión, graduándose como Independiente-Medianamente Independiente-Dependiente.                                                                                                     |
| <b>Clínicas relativas al cuadro</b> |             |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tipo de afasia                      | Cualitativa | Nominal | Se considera como variable tipo de afasia la clasificación según la ASHA (2010), contemplándose “ <b>Fluente</b> ” como la dificultad en producir palabras, y “ <b>No Fluente</b> ” como la dificultad en construir frases.                                                                        |
| Grado de Afasia                     | Cualitativa | Ordinal | Se considera como variable grado de afasia la severidad con la que se clasifica el cuadro afásico del usuario, de acuerdo a la escala de severidad de Boston (Goodglass y Kaplan,1995) contemplándose los grados de 0 a 5, donde “0” es el nivel de mayor afectación y “5” el de menor afectación. |

|                                        |              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------|--------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evolución del cuadro                   | Cualitativa  | Ordinal    | Se considera como variable evolución del cuadro, el tiempo en meses transcurridos desde el ACV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Clínicas relativas a la terapia</b> |              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Duración de la sesión                  | Cuantitativa | Discreta   | Se considera la variable duración de la sesión de acuerdo al tiempo, medido en minutos, que contempla la intervención.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Frecuencia de la sesión                | Cuantitativa | Discreta   | Se considera la variable frecuencia de la sesión como la cantidad de sesiones de tratamiento que el usuario recibe al mes. Esta variable se considera mensualmente, debido a que para aquellos pacientes que su zona de residencia se encuentra más lejana al centro hospitalario reciben una sesión cada 15 días.                                                                                                                      |
| Modelo terapéutico                     | Cualitativa  | Dicotómica | Se considera la variable modelo terapéutico según el tipo de tratamiento implementado por el Fonoaudiólogo, que debe considerar tanto las expectativas del usuario como las de su familia. Los modelos son de <b>reactivación</b> , que consiste en potenciar las habilidades que el usuario conserva, y de <b>compensación</b> , donde al usuario se le brindan nuevas estrategias comunicativas en pos de mejorar su calidad de vida. |

|                    |              |          |                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|--------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tasa de adherencia | Cuantitativo | Continua | Se considera la variable tasa de adherencia como la medida calculada en relación a las variables: número de terapias asistidas, número de controles asistidos y el número de objetivos logrados. |
|--------------------|--------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 4.2 Criterios de Inclusión y Exclusión

### Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión a considerar son los siguientes:

- Usuarios con cuadro afásico entre 50 a 80 años de edad.
- Usuarios con cuadro afásico secundario accidente cerebrovascular (ACV).
- Usuarios afásicos ingresados desde 01 de Enero de 2016 hasta 31 Diciembre de 2017.

### Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión a considerar son los siguientes:

- Usuarios con patología cognitiva previa al ACV.
- Usuarios con enfermedades neurodegenerativas.
- Usuarios que cursan con cuadro de depresión previo al ACV.

#### **4.3 Definición población diana del estudio.**

Se considera como población diana a usuarios en neurorehabilitación atendidos en el policlínico de neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

#### **4.4 Descripción de la muestra**

Se considera como muestra 50 usuarios afásicos post acv entre 50 a 80 años atendidos en el policlínico de neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco que se encuentra en terapia fonoaudiológica de rehabilitación del lenguaje desde el 01 de Enero de 2016 al 31 de Diciembre de 2017.

#### **4.5 Método de muestreo**

Para este estudio se considera un método de muestreo No Probabilístico, por conveniencia, ya que la muestra contempla el número de registros disponibles en la unidad de neurorehabilitación del policlínico de neurología del HHHA de Temuco durante el período del 01 de Enero de 2016 al 31 de Diciembre de 2017, de los cuales se incluirán aquellos usuarios que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

#### **4.6 Pruebas estadísticas**

Para fines de este estudio se realiza un análisis descriptivo de pruebas estadísticas de tendencia (Promedio, Moda) y dispersión (Desviación Estándar, varianza). Con el fin de asociar la adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje con las variables sociodemográficas y clínicas, se utilizan las pruebas Chi-cuadrado.

#### **4.7 Tamaño Muestral**

Se considera como tamaño de muestra del período del 01 de Enero de 2016 al 31 de Diciembre de 2017 todos los usuarios adultos de 50 a 80 años con diagnóstico de afasia post ACV, contemplando un aproximado de 50 usuarios.

## **5. CAPÍTULO V. CONDUCCIÓN DEL ESTUDIO**

### **5.1 Procedimiento para la obtención de datos**

En una etapa preliminar de la investigación, se realiza un panel de consenso con el fin de homologar criterios, por lo que se contacta a 6 profesionales fonoaudiólogos con experiencia en el área de neurorehabilitación y se les solicita contestar un cuestionario formulado por el equipo investigador (**ANEXO 3**).

En una segunda etapa, se hace envío de una carta al Servicio de Salud Araucanía Sur (**ANEXO 4**), solicitando permiso para acceder a las fichas clínicas de los usuarios afásicos post accidente cerebro vascular (ACV) atendidos en el policlínico de neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA) de Temuco, que hayan ingresado entre el período de 01 de Enero del 2016 hasta el 31 de Diciembre del 2017. Posterior a su aprobación, se hace entrega de forma presencial, una carta al Director de la unidad de neurorehabilitación del HHA de Temuco (**ANEXO 5**), solicitando un período de dos semanas para recaudar los registros necesarios para llevar a cabo la investigación.

En una tercera etapa, se procede a la obtención de datos mediante la revisión de las fichas clínicas de cada participante para registrar los datos considerados relevantes para esta investigación y así, posteriormente, relacionarlos con el grado de adherencia del usuario a la terapia. Para llevar a cabo este registro, el equipo investigador se divide en dos grupos, a cada uno se le asigna 25 fichas con las cuales se completa la ficha de registro (**ANEXO 6**) previamente elaborada por el equipo en las cuales está contenida la información necesaria de cada usuario para su posterior análisis.

Una vez obtenido los resultados se intercambian las fichas de registro entre los grupos de trabajo, para que cada pareja de investigadores verifique la información registrada en las fichas asegurándose de esta manera el correcto registro de los datos para su posterior tabulación en la base de datos contenida en una plantilla Excel (**ANEXO 7**), previamente elaborada por el equipo investigador.

Finalmente se procede a analizar los datos con el estadígrafo SPSS.

## **6. CAPÍTULO VI. DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE RESULTADOS**

### **6.1 Instrumentos para la recolección de datos**

#### **6.1.1 Ficha de registro**

La ficha de registro (**ANEXO 6**) tiene como objetivo recabar la información sociodemográfica y clínica de los usuarios relevantes para la investigación con el fin de asociarlas con la tasa de adherencia.

La información que debe completarse en esta ficha es la siguiente:

- Edad, comprendida entre 50 a 80 años.
- Sexo, para comparar comportamiento entre hombres y mujeres.
- Escolaridad, puede influir en el desempeño cognitivo del usuario.
- Ocupación, puede influir en la motivación del usuario a “recuperarse”.
- Etnia, puede influir en la percepción de la terapia y el comportamiento hacia la misma (creencias y cultura).
- Lugar de procedencia, puede influir la cercanía o lejanía del usuario respecto al centro asistencial.
- Grado de autonomía, puede influir en la asistencia a las sesiones (compromiso familiar).
- Tipo de afasia, puede influir en las habilidades lingüísticas del usuario.
- Grado de afasia, puede influir en el pronóstico.
- Evolución del cuadro, puede influir en la “recuperación” del usuario.
- Duración de la sesión, puede influir el tiempo en minutos en el que se desarrolla la sesión (expectativas que tiene el usuario en cada sesión).

- Frecuencia de las sesiones, puede influir la continuidad de las sesiones en el nivel del compromiso del usuario a la terapia.
- Modelo terapéutico, puede influir el enfoque de la terapia y su correlación con las necesidades del usuario.

### **6.1.2 Panel de Expertos**

El fin de este panel es homologar criterios en base al cuestionario elaborado por el equipo investigador que consta de tres interrogantes, las cuales son ¿considera usted que el cumplimiento de sesiones terapéuticas establecidas por la Guía GES es relevante en el concepto de adherencia a la terapia? ¿Considera usted que la asistencia a controles es relevante en el concepto de adherencia a la terapia?, ¿Considera usted que el cumplimiento de los objetivos terapéuticos es relevante en el concepto de adherencia a la terapia? Estas preguntas deben ser clasificadas según su criterio en orden de relevancia de 1 a 4, donde 1 es irrelevante y 4 muy relevante (**ANEXO 6**).

### **6.2 Base de Datos**

La base de datos se crea con el objetivo de recabar la información necesaria de cada participante para llevar a cabo la investigación. A cada dato se le asigna un código, el cual se tabula en una plantilla Excel (**ANEXO 7**), lo que facilita el posterior análisis estadístico.

### **6.3 Programa de Análisis Estadístico**

SPSS es un software estadístico para el análisis y tratamiento de datos, con funciones que permiten realizar procesos analíticos para la investigación. Permite transformar un banco de datos creado en Microsoft Excel en una base de datos SPSS, puede generar gráficos de distribuciones y estadísticos descriptivos sencillos, como también analizar datos estadísticos complejos que permitan establecer relaciones de dependencia e interdependencia, clasificar sujetos y variables, realizar proyecciones y análisis de tendencias que permitirán planificar actividades a largo plazo y, en general, hacer un mejor uso de la información capturada en forma electrónica.

## **7. CAPÍTULO VII. ÉTICA Y FONOAUDIOLOGÍA**

### **7.1 Autorizaciones de la investigación por parte de los directores de los establecimientos**

Al llevar a cabo una investigación, la cual involucra la participación de personas, es necesario contar con la previa autorización de comités éticos que resguarden el bienestar de los participantes, respalden a los investigadores y permitan transparentar el proyecto. Para el presente caso, se hace necesario contar con el permiso del Comité de Ética del Servicio de Salud Araucanía Sur. Para solicitar este permiso, se hace entrega de una carta formal tanto al comité como al director del policlínico de neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena, donde se detallan, el motivo de estudio, el objetivo a cumplir, la metodología de la investigación y los procedimientos necesarios para su desarrollo.

### **7.2 Consentimiento Informado**

Para efectos de la investigación no es necesario incorporar o considerar un consentimiento informado debido a que no se trabaja directamente con los participantes, sino que sólo se utilizan sus datos.

### 7.3 Privacidad y confidencialidad

El equipo investigador se rige por lo establecido en el Código de Ética del Colegio de Fonoaudiólogos de Chile, para resguardar la privacidad y confidencialidad de la información, el cual cita en el Artículo 5°: **“El fonoaudiólogo debe mantener en reserva toda información que le sea confiada manteniendo el secreto profesional. La obligación de guardar en reserva por secreto profesional, incluye todos los hechos, circunstancias o confidencias de las cuales se imponga en el diagnóstico o tratamiento del paciente o revelado por terceros al fonoaudiólogo en relación a su paciente”**(21), es decir, para resguardar la identidad del usuario, en lugar de utilizar su nombre se le asigna un identificador (ID), lo que asegura el trato confidencial de la identidad del paciente, además se declara que la información recopilada será utilizada para los fines de la presente investigación y no será comunicada ni transmitida por ningún medio.

### 7.4 Principios éticos fundamentales

Es fundamental para toda investigación, el cumplir con los principios bioéticos que aseguran el bienestar de cada participante, además de regular y dirigir el comportamiento de los miembros del equipo investigador. Estos principios son:

- **Principio de Beneficencia:** Este principio tiene como fin, el favorecer a los usuarios, otorgándoles beneficios y procurando su bienestar, evitando causarles cualquier daño o perjuicio. En esta investigación el compromiso es levantar evidencia significativa que vaya en pos de mejorar las terapias fonoaudiológicas del lenguaje para los usuarios afásicos post-ACV. (22)

- **Principio de No maleficencia:** Este principio se centra en no provocar algún daño ni perjuicio en los participantes respetando tanto su integridad física como psicológica. La investigación respeta este principio puesto que dentro de la metodología para levantar los datos no se consideran procedimientos que impliquen un contacto directo con los usuarios, esto debido a que sólo se requiere el acceso a sus fichas clínicas. En este sentido, no se infringe un daño a los usuarios, pues los datos son recabados y tratados bajo total confidencialidad.(22)
- **Principio de Justicia:** El principio hace referencia a los criterios que se utilizan para elegir a los “participantes” de la investigación, la que procura no hacer distinción de sexo, etnia, lugar de procedencia, nivel socioeconómico ni educacional, por lo que cada usuario afásico post ACV entre 50 a 80 años tiene la misma probabilidad para formar parte de la muestra. (22)
- **Principio de respeto de dignidad humana o autonomía:** El principio se centra en la oportunidad que tiene cada participante de decidir de forma voluntaria ser parte de la investigación, o bien abandonar el procedimiento si así lo desea. Sin embargo, para fines de esta investigación no aplica este principio, puesto que sólo se necesita el permiso del Servicio de Salud Araucanía Sur para acceder a las fichas clínicas y así extraer los datos, por lo que no se requiere el consentimiento de los usuarios. (22)

## **8. CAPÍTULO VIII. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

### **8.1 Equipo de Trabajo**

El equipo de trabajo está conformado por 4 estudiantes tesistas de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de La Frontera:

- Melissa Marita Mayorga Jara.
- Yoselyn Andrea Osorio Yáñez.
- Roxana Elizabeth Saavedra Lara.
- Constanza Javiera Sáez Fuentes.

Quienes están encargadas de llevar a cabo esta investigación, compartiendo como fin común, la realización del proyecto, para lo cual las responsabilidades son distribuidas de manera equitativa, es decir, cada miembro del equipo debe realizar la recolección, tabulación, análisis e interpretación de los datos.

La investigación cuenta con la guía de la Fonoaudióloga Magister Margarita Marilao Gorigoitía, y el asesoramiento metodológico de la Fonoaudióloga Magíster Mónica Velásquez Zabala. Además, de la colaboración de la Fonoaudióloga Tsz Ying Wang, profesional del policlínico de neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

## 8.2 Cronograma de actividades 2017

La cuarta semana de Marzo del año 2017 se da inicio al proceso de elaboración del proyecto de tesis mediante la elección del tema a investigar, en el área de interés del equipo.

Durante el mes de Abril, se comienza el proceso de búsqueda sistemática con el planteamiento de la pregunta de investigación, que permite elaborar la estrategia PICO<sub>R</sub>, dando origen a la pregunta de búsqueda que se ingresa en la plataforma PubMed iniciando la búsqueda de la literatura que respalda el tema a investigar, al informar sobre el estado del arte en la temática escogida.

En el mes de Mayo, se procede a realizar la revisión de los artículos arrojados por la búsqueda sistemática. En base a este proceso, se elabora el capítulo **“Revisión sistemática”** donde se da cuenta de todo lo anteriormente descrito, culminando con la entrega de este.

Finalizando el mes de Mayo, se da inicio a la elaboración de la vertebración, estrategia que se utiliza para estructurar el marco teórico, definiendo los temas a desarrollar para fundamentar la investigación con bases teóricas confiables y relevantes que contextualicen el tema. Se trabaja en esto durante el sexto mes y se realiza la entrega del capítulo en el transcurso de la tercera semana.

A mediados de Junio, se elabora un póster informativo sobre lo desarrollado durante el primer semestre del año 2017, el cual contiene la pregunta de investigación, la estrategia PICO<sub>R</sub>, la búsqueda sistemática y un resumen del marco teórico. El objetivo de este póster es dar a conocer a la comunidad universitaria el proyecto, además de exponer y defender el tema de investigación frente a la comisión evaluadora.

Se da inicio al segundo semestre del año 2017, reformulando la pregunta de investigación. Ésta se justifica por medio del FINER, es decir, se argumenta por qué la investigación es factible, interesante, novedosa, ética y relevante. Posteriormente, en la última semana de Agosto, se definen los objetivos de la investigación. Lo anteriormente expuesto corresponde a la elaboración del capítulo 3.

En el mes de Septiembre, se hace entrega del capítulo 3 y comienza la elaboración del capítulo 4. En este se establecen las variables a estudiar en esta investigación, junto a los criterios de inclusión y exclusión que deben cumplir los usuarios para formar parte de la muestra. Además, se determina el tamaño muestral necesario para llevar a cabo la investigación, capítulo que se entrega a fines de dicho mes.

En Octubre, se describe la conducción del estudio, y se elaboran, además, los formularios y cartas que deben ser entregados a las entidades y profesionales correspondientes, para llevar a cabo la investigación. Se continúa con la confección de la base de datos en una plantilla Excel, la que se utiliza para tabular los registros. A mediados del octavo mes se hace entrega de los capítulos 5 y 6. Se prosigue con la elaboración de los capítulos 7 y 8 correspondientes a la ética, aspectos administrativos, referencias y anexos. Finalizando el mes se hace entrega de estos últimos capítulos.

En una fecha intermedia, entre la entrega de los capítulos y la presentación oral final, se contacta a 6 profesionales fonoaudiólogos con experiencia en el área de neurorehabilitación, quiénes son citados a un panel de consenso, donde se debate sobre el concepto de adherencia a la terapia fonoaudiológica. En este panel se les solicita que valoren en porcentajes los conceptos determinantes de adherencia a la terapia (cumplimiento de las sesiones GES, asistencia a los controles y cumplimiento de los

objetivos terapéuticos), para luego formular una ecuación que permita calcular la tasa de adherencia a esta terapia.

Por último, en el mes de Noviembre, las dos primeras semanas se recopila todo el proyecto de tesis en un sólo archivo y se confecciona una presentación en power point con los puntos más relevantes, para la defensa final del proyecto frente a la comisión evaluadora que se lleva a cabo la segunda semana.

### **8.3 Cronograma de actividades 2018**

En el mes de Marzo, se contacta al Comité de Ética del Servicio de Salud Araucanía Sur, solicitando la autorización para realizar la investigación en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco (HHHA). Una vez que se obtiene el permiso, las tesoristas presentan la solicitud aprobada al abogado del Hospital, quien cita al equipo directivo del centro asistencial, para informar acerca de la investigación. Paralelo a esta acción, y para mayor respaldo, se hace envío de una carta formal al director del policlínico de neurología del HHHHA de Temuco, para informarle todo el proceso del estudio.

Teniendo los permisos necesarios se continúa con la visita al HHHHA de Temuco para la selección del tamaño muestral que consta de 50 pacientes afásicos post-ACV, quienes deben cumplir con los criterios de inclusión y exclusión previamente detallados en el proyecto, todo esto se realiza durante las dos primeras semanas de Abril.

Una vez que se completan las fichas de registro con la totalidad de los datos de los participantes seleccionados, los registros de asistencia a sesiones y controles, junto al cumplimiento de objetivos, se procede a tabular la información en la base de datos Excel, paso que posteriormente debe ser revisado por el equipo investigador para asegurarse de que cada registro ha sido ingresado correctamente y no existan errores ni vacíos en los datos.

Durante el mes de Mayo, el equipo investigador realiza el análisis estadístico de los resultados utilizando el software SPSS, entiéndase esto como, relacionar los factores sociodemográficos y clínicos con la adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje.

En paralelo con el análisis estadístico, se inicia la redacción del proyecto de investigación en formato de artículo científico. Finalmente, se procede a crear un póster con la información más relevante del estudio, para posteriormente ser presentado en algún congreso, jornada o encuentro científico.

## 8.4 Carta Gantt

[illegible]





|                                                                                             | Año 2018 |  |  |       |  |  |      |  |  |       |  |  |       |  |  |        |  |  |            |  |  |         |  |  |           |  |  |           |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|--|-------|--|--|------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|--------|--|--|------------|--|--|---------|--|--|-----------|--|--|-----------|--|--|
| Actividades                                                                                 | Marzo    |  |  | Abril |  |  | Mayo |  |  | Junio |  |  | Julio |  |  | Agosto |  |  | Septiembre |  |  | Octubre |  |  | Noviembre |  |  | Diciembre |  |  |
| Solicitud de autorización al comité de ética del Servicio de Salud Araucanía Sur.           |          |  |  |       |  |  |      |  |  |       |  |  |       |  |  |        |  |  |            |  |  |         |  |  |           |  |  |           |  |  |
| Visita al HHHA de Temuco para selección del tamaño muestral (50 usuarios afásicos post ACV) |          |  |  |       |  |  |      |  |  |       |  |  |       |  |  |        |  |  |            |  |  |         |  |  |           |  |  |           |  |  |
| Recopilación de registros en las fichas.                                                    |          |  |  |       |  |  |      |  |  |       |  |  |       |  |  |        |  |  |            |  |  |         |  |  |           |  |  |           |  |  |
| Tabulación de datos en base de datos.                                                       |          |  |  |       |  |  |      |  |  |       |  |  |       |  |  |        |  |  |            |  |  |         |  |  |           |  |  |           |  |  |
| Se verifican los registros en la base de datos.                                             |          |  |  |       |  |  |      |  |  |       |  |  |       |  |  |        |  |  |            |  |  |         |  |  |           |  |  |           |  |  |
| Análisis estadístico e interpretación de los resultados mediante SPSS.                      |          |  |  |       |  |  |      |  |  |       |  |  |       |  |  |        |  |  |            |  |  |         |  |  |           |  |  |           |  |  |
| Redacción del proyecto de investigación en formato de artículo científico.                  |          |  |  |       |  |  |      |  |  |       |  |  |       |  |  |        |  |  |            |  |  |         |  |  |           |  |  |           |  |  |
| Presentación de la investigación en formato póster en algún congreso, jornada o encuentro.  |          |  |  |       |  |  |      |  |  |       |  |  |       |  |  |        |  |  |            |  |  |         |  |  |           |  |  |           |  |  |

### 8.5 Presupuesto del estudio

| DESCRIPCIÓN                       | VALOR Aprox.  | UNIDAD | TOTAL Aprox.      |
|-----------------------------------|---------------|--------|-------------------|
| <b>GASTOS OPERACIONALES</b>       |               |        |                   |
| Transporte                        |               |        |                   |
| Temuco                            | \$150C/viaje  | 20     | \$3.000.-         |
| Vilcún-Temuco                     | \$500C/viaje  | 20     | \$10.000.-        |
| Villarica-Temuco                  | \$2000C/viaje | 20     | \$40.000.-        |
| Loncoche-Temuco                   | \$1500C/viaje | 20     | \$30.000.-        |
| <b>TOTAL</b>                      |               |        | \$83.000.-        |
| <b>MATERIALES</b>                 |               |        |                   |
| Impresión                         | \$50          | 103    | \$5.200.-         |
| Sobre                             | \$100         | 3      | \$300.-           |
| <b>TOTAL</b>                      |               |        | \$5.500.-         |
| <b>TOTAL GASTOS INVESTIGACIÓN</b> |               |        | <b>\$88.500.-</b> |

## REFERENCIAS

1. Moyano Á. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. Rev Hosp Clínica Univ Chile. 2010;
2. Chapey R. Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders. Journal of Chemical Information and Modeling. 2008.
3. Mendoza Wong L. Rehabilitación de las Personas Afectadas por los Accidentes Cerebrovasculares. Rev la Esc Med “Dr José Sierra Flores” [Internet]. 2002;14:9–11. Available from: <http://www.une.edu.mx/Resources/RevistaMedicina/2002-01.pdf>
4. Internet Stroke Center [Internet]. [cited 2017 Jun 6]. Available from: <http://www.strokecenter.org/>
5. MINSAL. Guía Clínica Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más. 2013 [cited 2017 Jun 7]; Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>
6. Rivas R, Doussoulín A, Coronado J. Epidemiology of stroke prevalence of stroke in temuco (health service south araucania), chile, during the period 2001-2010. Int J Stroke. 2014;
7. Lavados PM, Sacks C, Prina L, Escobar A, Tossi C, Araya F, et al. Incidence, case-fatality rate, and prognosis of ischaemic stroke subtypes in a predominantly Hispanic-Mestizo population in Iquique, Chile (PISCIS project): a community-based incidence study. Lancet Neurol. 2007;
8. Cuadrado ÁA. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico, y tratamiento. Rehabilitation of the stroke: evaluation, prognosis and treatment. Galicia Clin Galicia Clínica | Soc Galega Med Interna. 2009;
9. Helm-Estabrooks N, Albert M. Manual de la afasia y de terapia de la afasia. 2ª. Panamericana EM, editor. Buenos Aires; 2005.
10. Ardila A, Benson F. Aphasia a Clinical Perspective. 1ª. Aphasia a Clinical Perspective. New York: Oxford University Press; 1996.
11. MINSAL. Guía Clínica Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años y más. 2012 [cited 2017 Jun 6]; Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7221fa2ff9bcc9c5e04001011f016052.pdf>
12. American Speech-Language-Hearing Association | ASHA [Internet]. [cited 2017 Jun 8]. Available from: <https://www.asha.org/>
13. Ardila A. Las afasias. Universidad de Guadalajara. 2005.
14. Vendrell JM. Las afasias: Semiología y tipos clínicos. Rev Neurol. 2001;32(10):980–6.

15. MARÍA DEL PILAR JIMÉNEZ HORNERO. “LA AFASIA (II): Evaluación e Intervención Logopédica.” DEP. LEGAL: GR 2922/2007. 2011.
16. Borregon Sanz S, González Calvo A. La Afasia: exploración, diagnóstico y tratamiento. 4ª. CEPE Test; 2005.
17. Silva E, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento Compliance with the treatment. Acta Med Colomb. 2005;
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Adherencia a los Trat a largo plazo pruebas para la acción. 2004;
19. Martos MJ, Pozo C, Alonso E. M.J. Martos, C. Pozo y E. Alonso - INFLUENCIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES SOBRE LA SALUD Y LA CONDUCTA DE ADHERENCIA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CRÓNICOS. [cited 2017 Nov 14]; Available from: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N93-4.pdf>
20. Rossini Guzman Y, Estrada Z OL, Tejada M PA, Crespo O. Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación. Rev Fac salud -Universidad surcolombiana. 2010;
21. Colegio, De Fonoaudiólogos De Chile. Código de Ética de Fonoaudiología. 1983 [cited 2017 Oct 19]; Available from: <http://fonoetica2008.wikispaces.com/file/view/codigoetica.pdf>
22. León Correa FJ. Fundamentos Y Principios De Bioética Clínica, Institucional Y Social. Acta Bioeth. 2009;

## ANEXO 1

### Advanced

tesis - roxana.slara@gmail.c | Compartido conmigo - Goc | Facebook | Jesse Eisenberg - Buscar coi | Advanced search - Publ | +

ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced

All Fields | | Show index list

AND | All Fields | | Show index list

Search or Add to history

History [Download history](#) [Clear history](#)

| Search | Add to builder      | Query                                                                                                                                                                                              | Items found | Time     |
|--------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|
| #15    | <a href="#">Add</a> | Search (stroke OR "Stroke"[Mesh]) AND ("language therapy" OR "Language Therapy"[Mesh]) AND ("patient compliance" OR "Patient Compliance"[Mesh]) Filters: Full text; published in the last 10 years | 2           | 22:27:05 |
| #14    | <a href="#">Add</a> | Search (stroke OR "Stroke"[Mesh]) AND ("language therapy" OR "Language Therapy"[Mesh]) AND ("patient compliance" OR "Patient Compliance"[Mesh]) Filters: published in the last 10 years            | 2           | 22:26:58 |
| #13    | <a href="#">Add</a> | Search (stroke OR "Stroke"[Mesh]) AND ("language therapy" OR "Language Therapy"[Mesh]) AND ("patient compliance" OR "Patient Compliance"[Mesh])                                                    | 4           | 22:26:41 |
| #12    | <a href="#">Add</a> | Search ("patient compliance" OR "Patient Compliance"[Mesh])                                                                                                                                        | 69018       | 22:25:51 |
| #11    | <a href="#">Add</a> | Search ("language therapy" OR "Language Therapy"[Mesh])                                                                                                                                            | 2452        | 22:25:13 |
| #10    | <a href="#">Add</a> | Search (stroke OR "Stroke"[Mesh])                                                                                                                                                                  | 268306      | 22:24:49 |
| #9     | <a href="#">Add</a> | Search "Patient Compliance"[Mesh]                                                                                                                                                                  | 63496       | 22:23:32 |
| #7     | <a href="#">Add</a> | Search "patient compliance"                                                                                                                                                                        | 57353       | 22:23:03 |
| #6     | <a href="#">Add</a> | Search "Language Therapy"[Mesh]                                                                                                                                                                    | 1538        | 22:22:21 |
| #4     | <a href="#">Add</a> | Search "language therapy"                                                                                                                                                                          | 2452        | 22:21:56 |
| #3     | <a href="#">Add</a> | Search "Stroke"[Mesh]                                                                                                                                                                              | 104827      | 22:21:25 |
| #1     | <a href="#">Add</a> | Search stroke                                                                                                                                                                                      | 268306      | 22:20:09 |

## ANEXO 2

### Escala de clasificación de las afasias

#### Goodglass y Kaplan

#### ESCALA DE SEVERIDAD Y PERFIL DE CARACTERÍSTICAS DEL HABLA (BASADO EN LA CONVERSACIÓN LIBRE, LA DESCRIPCIÓN DE UNA LÁMINA Y LAS FÁBULAS DE ESOP)

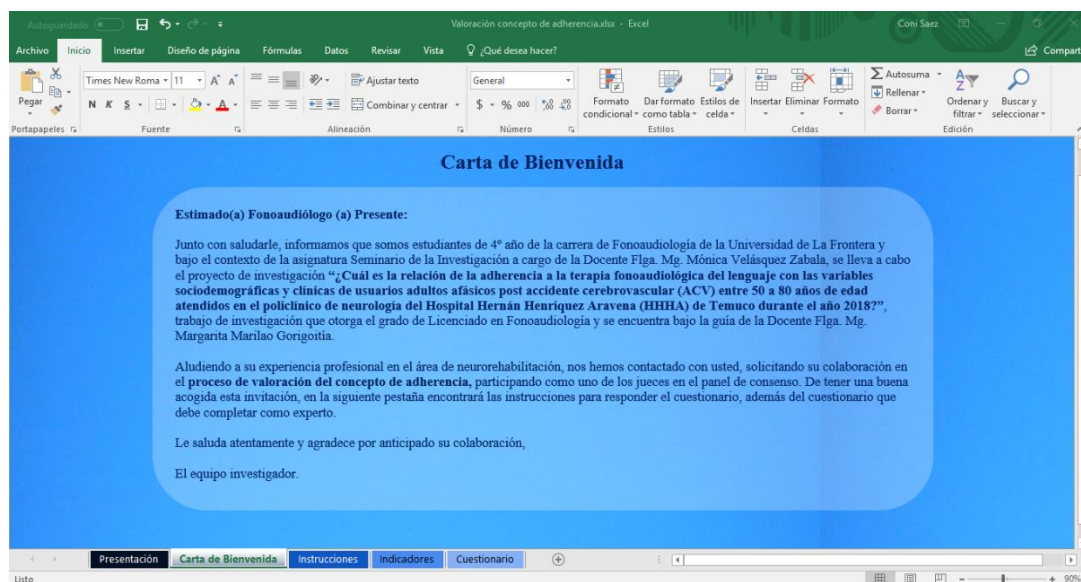
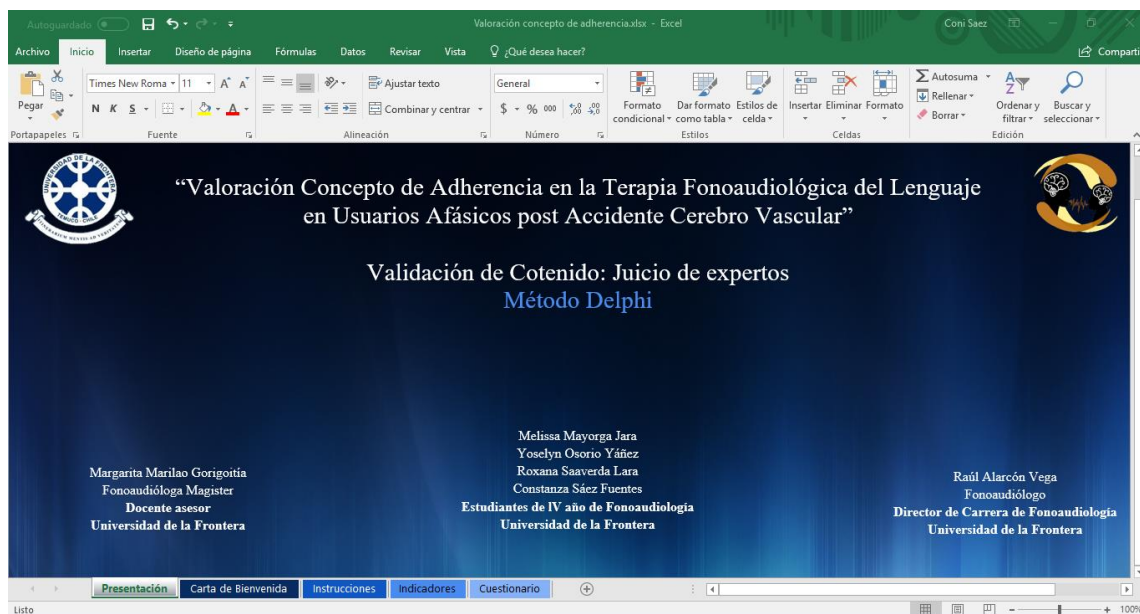
##### ESCALA DE SEVERIDAD DE LA AFASIA

0. Ausencia de habla o de comprensión auditiva.
1. La comunicación se efectúa en su totalidad a partir de expresiones incompletas; gran necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es limitado y el peso de la conversación recae sobre el oyente.
2. El paciente puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracasos frecuentes al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación con el examinador.
3. El paciente puede referirse a prácticamente todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella. Sin embargo, la reducción del habla, de la comprensión o de ambas hace sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas.
4. Hay alguna pérdida obvia de fluidez en el habla o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o de su forma de expresión.
5. Mínimos deterioros observables en el habla; el paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.

##### PERFIL DE CARACTERÍSTICAS DEL HABLA

|                                                                                                               | 1                                               | 2  | 3  | 4                                                                               | 5  | 6     | 7                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----|----|---------------------------------------------------------------------------------|----|-------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. AGILIDAD ARTICULATORIA<br>facilidad a nivel fonémico<br>y silábico                                         | incapaz de<br>formar los<br>sonidos del habla   |    |    | a veces torpe<br>o esforzada                                                    |    |       | nunca<br>defectuosa                                                                  |
| 2. LONGITUD DE LA FRASE<br>emisión ocasional más larga<br>ininterrumpida de palabras                          | 1 palabra                                       |    |    | 4 palabras                                                                      |    |       | 7 palabras                                                                           |
| 3. FORMA GRAMATICAL<br>variedad de construcciones<br>gramaticales; uso<br>de morfemas gramaticales            | sin agrupamientos<br>sintácticos de<br>palabras |    |    | formas simplificadas<br>o incompletas;<br>omisiones de morfemas<br>gramaticales |    |       | rango normal<br>de sintaxis;<br>facilidad normal<br>con las palabras<br>gramaticales |
| 4. LÍNEA MELÓDICA (PROSODIA)                                                                                  |                                                 |    |    |                                                                                 |    |       |                                                                                      |
| 5. PARAFASIA EN EL HABLA<br>SEGUIDA<br>(Puntuar sólo si la LONGITUD<br>DE LA FRASE es de 4 palabras<br>o más) | palabra por palabra<br>o habla aprosódica       |    |    | entonación de oraciones<br>limitada a frases cortas                             |    |       | melodía<br>normal                                                                    |
| 6. ENCONTRAR PALABRAS EN<br>RELACIÓN CON LA FLUIDEZ<br>DE HABLA                                               | habla fluida<br>pero vacía                      |    |    | palabras informativas<br>proporcionales a la fluidez                            |    |       | fundamentalmente<br>producción de palabras<br>con contenido                          |
| 7. REPETICIÓN DE ORACIONES<br>Puntuación percentil                                                            | 0-20                                            | 30 | 40 | 50                                                                              | 60 | 70-80 | 90-100                                                                               |
| 8. COMPRENSIÓN AUDITIVA<br>Percentil medio de los 3<br>subtests estándar                                      | 0-20                                            | 30 | 40 | 50                                                                              | 60 | 70-80 | 90-100                                                                               |
| VOLUMEN<br>VOZ                                                                                                |                                                 |    |    |                                                                                 |    |       |                                                                                      |
| VELOCIDAD                                                                                                     |                                                 |    |    |                                                                                 |    |       |                                                                                      |
|                                                                                                               | Hipofónico                                      |    |    | Normal                                                                          |    |       | Fuerte                                                                               |
|                                                                                                               | Suave                                           |    |    | Normal                                                                          |    |       | Ronca                                                                                |
|                                                                                                               | Lenta                                           |    |    | Normal                                                                          |    |       | Rápida                                                                               |

## ANEXO 3



Auto guardado Valoración concepto de adherencia.xlsx - Excel Coni Saez

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista ¿Qué desea hacer? Compartir

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición

## Instrucciones

En la actualidad algunos fonoaudiólogos del área de neurorehabilitación han notado un abandono de la terapia fonoaudiológica del lenguaje por parte de usuarios afásicos, en comparación a terapias de otra disciplina. Debido a esta inquietud, surge la necesidad de conocer cuál es el verdadero valor existente de adherencia al proceso terapéutico, es por esto que se ha vuelto imperioso el contar con el **"concepto de adherencia"** el cual, si bien existe para tratamientos farmacológicos y médicos, no aplica en el ámbito de la fonoaudiología.

Es por eso, que en base a su criterio y experiencia en el área de neurorehabilitación, solicitamos que pueda realizar una graduación de las variables de adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje expuestas a continuación, asignando un valor a cada una de ellas, según el grado de relevancia que le otorga en el proceso de adherencia.

Para este proceso, en las pestañas siguientes, se le presentan las variables a considerar como parte del concepto de adherencia.  
Los indicadores en base a los que debe valorar este concepto.  
La rúbrica a completar.

Presentación Carta de Bienvenida Instrucciones Indicadores Cuestionario

Listo 100%

Auto guardado Valoración concepto de adherencia.xlsx - Excel Coni Saez

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista ¿Qué desea hacer? Compartir

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición

## Indicadores

| Variables de adherencia                                             | Definición                                                                                  | Indicadores                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Asistencia a la sesiones terapéuticas establecidas por la Guía GES. | El usuario cumple con asistir a las 30 sesiones establecidas por la Guía GES.               | 1.Irrelevante.<br>2.Poco relevante.<br>3.Medianamente relevante.<br>4.Muy relevante. |
| Asistencia a las sesiones de control.                               | El usuario asiste a todas las sesiones de control establecidos para el proceso terapéutico. | 1.Irrelevante.<br>2.Poco relevante.<br>3.Medianamente relevante.<br>4.Muy relevante. |
| Cumplimiento de los objetivos terapéuticos.                         | El usuario cumple con los objetivos terapéuticos establecidos en el proceso terapéutico.    | 1.Irrelevante.<br>2.Poco relevante.<br>3.Medianamente relevante.<br>4.Muy relevante. |

Presentación Carta de Bienvenida Instrucciones Indicadores Cuestionario

Listo 98%

Autoguardado Valoración concepto de adherencia.xlsx - Excel Coni Saez

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista ¿Qué desea hacer? Compartir

Pegar Fuente Alineación Combinar y centrar Número Estilos Celdas Edición

## Cuestionario

Marque con una X la opción que considere pertinente para cada pregunta según su criterio.

**1: Irrelevante 2:Poco relevante 3:Medianamente relevante 4:Muy relevante**

| Variables de adherencia                                                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| ¿Considera usted que la asistencia a las sesiones terapéuticas es relevante para el concepto de adherencia a la terapia del lenguaje?     |   |   |   |   |
| ¿Considera usted que la asistencia a las sesiones de controles es relevante para el concepto de adherencia a la terapia del lenguaje?     |   |   |   |   |
| ¿Considera usted que el cumplimiento de los objetivos terapéuticos es relevante para el concepto de adherencia a la terapia del lenguaje? |   |   |   |   |

Presentación Carta de Bienvenida Instrucciones Indicadores Cuestionario

Listo 100%

## ANEXO 4



Universidad de La Frontera  
Facultad de Medicina  
Fonoaudiología



### Carta Servicio de Salud Araucanía Sur

Estimados Servicio de Salud Araucanía Sur Presente:

Somos estudiantes de 4º año de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de La Frontera y bajo el contexto de la asignatura Seminario de la Investigación a cargo de la Docente Flga. Mg. Mónica Velásquez Zabala, se lleva a cabo el proyecto de investigación **“¿Cuál es la relación de la adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje con las variables sociodemográficas y clínicas de usuarios adultos afásicos post accidente cerebrovascular (ACV) entre 50 a 80 años de edad atendidos en el policlínico de neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA) de Temuco durante los años 2016-2017?”**, trabajo de investigación que otorga el grado de Licenciado en Fonoaudiología y se encuentra bajo la guía de la Docente Flga. Mg. Margarita Marilao Gorioitía.

Bajo este contexto solicitamos su permiso para acceder a la base de datos de los usuarios atendidos en el policlínico de Neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco entre el 01 de Enero de 2016 al 31 de Diciembre de 2017 que asisten a terapia fonoaudiológica de neurorehabilitación del lenguaje para llevar a cabo el estudio.

Le comunicamos que los resultados de este trabajo son netamente para fines de investigación, no pretendemos realizar alguna exposición de la información de los usuarios, sólo se busca levantar una estadística significativa sobre la realidad de la adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje en usuarios afásicos post ACV del HHHA.

Esperando contar con su valiosa colaboración, se despiden atentamente:

Melissa Mayorga Jara.

Yoselyn Osorio Yañez.

Roxana Saavedra Lara.

Constanza Sáez Fuentes.

---

Firma Director de Carrera

Flgo. Mg, Raúl Alarcón Vega

---

Firma Profesora Encargada

Flgo. Mg, Mónica Velásquez Zabala

## ANEXO 5



Universidad de La Frontera  
Facultad de Medicina  
Fonoaudiología



### **Carta Unidad de Neurorehabilitación Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco**

Estimado(a) Sr(a). Director (a) Presente:

Somos estudiantes de 4º año de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de La Frontera y bajo el contexto de la asignatura Seminario de la Investigación a cargo de la Docente Flga. Mg. Mónica Velásquez Zabala, se lleva a cabo el proyecto de investigación **“¿Cuál es la relación de la adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje con las variables sociodemográficas y clínicas de usuarios adultos afásicos post accidente cerebrovascular (ACV) entre 50 a 80 años de edad atendidos en el policlínico de neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA) de Temuco durante los años 2016-2017?”**, trabajo de investigación que otorga el grado de Licenciado en Fonoaudiología y se encuentra bajo la guía de la Docente Flga. Mg. Margarita Marilao Gorigoitía.

Bajo este contexto solicitamos su permiso para acudir durante 2 semanas al box de atención de la Flga. Tsz Ying Wang y acceder a la base de datos de los usuarios atendidos en el policlínico de Neurología del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco entre

el 01 de Enero de 2016 al 31 de Diciembre de 2017 que asisten a terapia fonoaudiológica de neurorehabilitación del lenguaje para llevar a cabo el estudio.

Le comunicamos que los resultados de este trabajo son netamente para fines de investigación, no pretendemos realizar alguna exposición de la información de los usuarios, sólo se busca levantar una estadística significativa sobre la realidad de la adherencia a la terapia fonoaudiológica del lenguaje en usuarios afásicos post ACV del HHHA.

Esperando contar con su valiosa colaboración, se despiden atentamente:

Melissa Mayorga Jara.

Yoselyn Osorio Yañez.

Roxana Saavedra Lara.

Constanza Sáez Fuentes.

---

Firma Director de Carrera

Flgo. Mg, Raúl Alarcón Vega

---

Firma Profesora Encargada

Flgo. Mg, Mónica Velásquez Zabala

## ANEXO 6



Universidad de La Frontera  
Facultad de Medicina  
Fonoaudiología



Nº de ficha:

### Ficha de Registro

#### 1.-Variables sociodemográficas

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: H \_\_\_\_ M \_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Etnia: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Lugar de procedencia: Urbano \_\_\_\_ Rural \_\_\_\_

Grado de autonomía: \_\_\_\_\_

#### 2.-Variables Clínicas

Tipo de afasia: \_\_\_\_\_

Grado de afasia: 0 \_\_\_\_ 1 \_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ 4 \_\_\_\_ 5 \_\_\_\_

Evolución del cuadro: \_\_\_\_\_ meses.

### **3.-Variables de la terapia**

**Duración de la sesión:** \_\_\_\_\_ minutos.

**Frecuencia de la sesión:** \_\_\_\_\_ al mes.

**Modelo terapéutico:** Reactivación \_\_\_\_\_ Compensatoria \_\_\_\_\_

---

Firma

Estudiante de Fonoaudiología

4º Año

Temuco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018

## ANEXO 7

### Base de datos plantilla Excel

|    | A    | B  | C   | D   | E  | F  | G  | H  | I  | J  | K  | L  | M  | N  | O | P | Q | R | S | T |
|----|------|----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|
| 1  | ID   | ED | SEX | ESC | OC | ET | LP | GA | TA | GS | EC | DS | FS | MT |   |   |   |   |   |   |
| 2  | ID01 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 3  | ID02 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 4  | ID03 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 5  | ID04 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 6  | ID05 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 7  | ID06 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 8  | ID07 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 9  | ID08 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 10 | ID09 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 11 | ID10 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 12 | ID11 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 13 | ID12 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 14 | ID13 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 15 | ID14 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 16 | ID15 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 17 | ID16 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 18 | ID17 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 19 | ID18 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 20 | ID19 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 21 | ID20 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 22 | ID21 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 23 | ID22 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 24 | ID23 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| 25 | ID24 |    |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |

|    | A    | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V |
|----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | ID24 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 26 | ID25 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 27 | ID26 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 28 | ID27 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 29 | ID28 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 30 | ID29 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 31 | ID30 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 32 | ID31 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 33 | ID32 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 34 | ID33 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 35 | ID34 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 36 | ID35 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 37 | ID36 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 38 | ID37 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 39 | ID38 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 40 | ID39 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 41 | ID40 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 42 | ID41 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 43 | ID42 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 44 | ID43 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 45 | ID44 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 46 | ID45 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 47 | ID46 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 48 | ID47 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 49 | ID48 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 50 | ID49 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 51 | ID50 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 52 |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Autoguardado Anexo Base de datos-Constanza Sáez y cols.xlsx - Excel Coni Sáez

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista ¿Qué desea hacer?

Normal Ver salt. Pág. de página personalizadas Vistas Vistas de libro Vistas de página personalizadas

Regla Barra de fórmulas Líneas de cuadrícula Encabezados

Zoom 100% Ampliar selección Nueva ventana Organizar todo Inmovilizar

Dividir Ver en paralelo Desplazamiento sincrónico Restablecer posición de la ventana

Ocultar Mostrar Cambiar ventanas Macros

|    | A                          | B                      | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M |
|----|----------------------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1  | Nº de ficha (ID)           | Identificador          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  | Edad (ED)                  | en años                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  | Sexo (SEX)                 |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  | Hombre                     | SEX 1                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  | Mujer                      | SEX 0                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  | Escolaridad (ESC)          |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  | Básica Incompleta          | ESC EB1                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 8  | Básica Completa            | ESC EB2                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 9  | Media Incompleta           | ESC EM1                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 10 | Media Completa             | ESC EM2                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 11 | Técnico Incompleta         | ESC ET1                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 12 | Técnico Completa           | ESC ET2                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 13 | Superior Incompleta        | ESC ES1                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 14 | Superior Completa          | ESC ES2                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 15 | Ocupación (OC)             | en lo que se desempeña |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 16 | Etnia (ET)                 |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 17 | Si                         | ET 1                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 18 | No                         | ET 0                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 19 | Lugar de procedencia (LP)  |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 20 | Rural                      | LP 0                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 21 | Urbano                     | LP 1                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 22 | Grado de autonomía (GA)    |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 23 | Dependiente                | GA 0                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 24 | Medianamente independiente | GA 1                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 25 | Independiente              | GA 2                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Base de datos Códigos Adherencia

Listo

Autoguardado Anexo Base de datos-Constanza Sáez y cols.xlsx - Excel Coni Sáez

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista ¿Qué desea hacer?

Normal Ver salt. Pág. de página personalizadas Vistas Vistas de libro Vistas de página personalizadas

Regla Barra de fórmulas Líneas de cuadrícula Encabezados

Zoom 100% Ampliar selección Nueva ventana Organizar todo Inmovilizar

Dividir Ver en paralelo Desplazamiento sincrónico Restablecer posición de la ventana

Ocultar Mostrar Cambiar ventanas Macros

|    | A                            | B                     | C | D | E | F | G | H | I |
|----|------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 | Tipo de afasia (TA)          |                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 27 | No Fluente                   | TA 0                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 28 | Fluente                      | TA 1                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 29 | Grado de severidad (GS)      |                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 30 | Mayor compromiso             | GS 0                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 31 | Mayor compromiso             | GS 1                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 32 | Mayor compromiso             | GS 2                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 33 | Menor compromiso             | GS 3                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 34 | Menor compromiso             | GS 4                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 35 | Menor compromiso             | GS 5                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 36 | Evolución del cuadro (EC)    | en meses              |   |   |   |   |   |   |   |
| 37 | Duración de la sesión (DS)   | en minutos            |   |   |   |   |   |   |   |
| 38 | Frecuencia de la sesión (FS) | n° sesiones mensuales |   |   |   |   |   |   |   |
| 39 | Modelo terapéutico (MT)      |                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 40 | Reactivación                 | MT 0                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 41 | Compensatoria                | MT 1                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 42 |                              |                       |   |   |   |   |   |   |   |

Base de datos Códigos Adherencia

Listo

Autoguardado Anexo Base de datos-Constanza Sáez y cols.xlsx - Excel Coni Sáez

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista ¿Qué desea hacer?

Normal Ver salt. Diseño Vistas Regla Barra de fórmulas LÍNEAS DE CUADRÍCULA Encabezados Zoom 100% Ampliar selección Nueva ventana Organizar todo Dividir Ocultar Mostrar Ver en paralelo Desplazamiento sincrónico Restablecer posición de la ventana Cambiar ventanas Macros

Vistas de libro Vistas de página personalizadas Vistas de libro Mostrar

| ID   | SGES | AC | CO |
|------|------|----|----|
| ID01 |      |    |    |
| ID02 |      |    |    |
| ID03 |      |    |    |
| ID04 |      |    |    |
| ID05 |      |    |    |
| ID06 |      |    |    |
| ID07 |      |    |    |
| ID08 |      |    |    |
| ID09 |      |    |    |
| ID10 |      |    |    |
| ID11 |      |    |    |
| ID12 |      |    |    |
| ID13 |      |    |    |
| ID14 |      |    |    |
| ID15 |      |    |    |
| ID16 |      |    |    |
| ID17 |      |    |    |
| ID18 |      |    |    |
| ID19 |      |    |    |
| ID20 |      |    |    |
| ID21 |      |    |    |
| ID22 |      |    |    |
| ID23 |      |    |    |
| ID24 |      |    |    |

Sesiones GES (SGES) n° de sesiones asistidas.  
Asistencia controles (AC) n° de controles asistidos.  
Cumplimiento objetivos (CO) n° de objetivos cumplidos.

Base de datos Códigos Adherencia

Listo

Autoguardado Anexo Base de datos-Constanza Sáez y cols.xlsx - Excel Coni Sáez

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista ¿Qué desea hacer?

Normal Ver salt. Diseño Vistas Regla Barra de fórmulas LÍNEAS DE CUADRÍCULA Encabezados Zoom 100% Ampliar selección Nueva ventana Organizar todo Dividir Ocultar Mostrar Ver en paralelo Desplazamiento sincrónico Restablecer posición de la ventana Cambiar ventanas Macros

Vistas de libro Vistas de página personalizadas Vistas de libro Mostrar

| ID   | B | C | D |
|------|---|---|---|
| ID25 |   |   |   |
| ID26 |   |   |   |
| ID27 |   |   |   |
| ID28 |   |   |   |
| ID29 |   |   |   |
| ID30 |   |   |   |
| ID31 |   |   |   |
| ID32 |   |   |   |
| ID33 |   |   |   |
| ID34 |   |   |   |
| ID35 |   |   |   |
| ID36 |   |   |   |
| ID37 |   |   |   |
| ID38 |   |   |   |
| ID39 |   |   |   |
| ID40 |   |   |   |
| ID41 |   |   |   |
| ID42 |   |   |   |
| ID43 |   |   |   |
| ID44 |   |   |   |
| ID45 |   |   |   |
| ID46 |   |   |   |
| ID47 |   |   |   |
| ID48 |   |   |   |
| ID49 |   |   |   |
| ID50 |   |   |   |

Base de datos Códigos Adherencia

Listo