UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Material de apoyo a la docencia

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA.

Una aproximación a las Metodologías de Evaluación

C I E S
Centro de Investigación
para la Educación Superior

Autor:
Contreras F.; Muñoz C.; Prieto P.; Valdés J.

Los Documentos de Trabajo son una publicación del Centro de Investigación en Educación Superior (CIES) de la Universidad San Sebastián que divulgan los trabajos de investigación en docencia y en políticas públicas realizados por académicos y profesionales de la universidad o solicitados a terceros.

El objetivo de la serie es contribuir al debate de temáticas relevantes de las políticas públicas de educación superior y de nuevos enfoques en el análisis de estrategias, innovaciones y resultados en la docencia universitaria. La difusión de estos documentos contribuye a la divulgación de las investigaciones y al intercambio de ideas de carácter preliminar para discusión y debate académico.

UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
EDICIONES

En caso de citar esta obra:

Contreras F., Muñoz C., Prieto P., y Valdés J. (2017). Instrumentos de Evaluación Fonoaudiológica. Una aproximación a las Metodologías de Evaluación. Serie Creación n° 15. Unidad Habla y Lenguaje Adultos, Carrera de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Centro de Investigación en Educación Superior CIES - USS; Santiago.

Serie Creación nº 15

Material de apoyo a la docencia

Instrumentos de Evaluación Fonoaudiológica.

Una aproximación a las Metodologías de Evaluación

2017

UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN

MATERIAL DE APOYO A LA DOCENCIA

Instrumentos de Evaluación Fonoaudiológica. Una aproximación a las Metodologías de Evaluación

Autores

Contreras F.; Muñoz C.; Prieto P.; Valdés J.

Unidad Habla y Lenguaje Adultos
Carrera de Fonoaudiología

PRESENTACIÓN

El siguiente material de apoyo a la docencia representa el interés que tiene la Unidad de Habla y Lenguaje Adultos, Sede Santiago, por el aprendizaje de todos los estudiantes, recopilando los instrumentos de evaluación que más se utilizan en la clínica de pacientes adultos junto con los instrumentos de evaluación que han sido elaborados por los miembros de la Unidad.

Este material pedagógico tiene contenidos que se pueden vincular a las asignaturas ***Evaluación e intervención en habla y lenguaje adulto I y II***.

Como unidad, esperamos que este material te acompañe en el proceso formativo y que se convierta en una ayuda para tu estudio.

CONTENIDOS

CONTENIDOS	**PÁGINA**
Ejemplo Formato Plan de Evaluación	4
Ejemplos Anamnesis Usuarios Adultos	6
Instrumentos de Evaluación Usuarios Adultos	14
Ejemplos Formato Informe Fonoaudiológico	52
Ejemplos Formato Planes de Tratamiento	55

UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

EJEMPLO FORMATO
PLAN DE EVALUACIÓN

PLAN DE EVALUACIÓN

Santiago, XX de YY de 201_

I. DATOS PERSONALES

Nombre :
RUT :
Fecha Nacimiento :
Edad :
Lateralidad :
Escolaridad :
Ocupación :

II. HISTORIA CLÍNICA

III. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA FONOAUDIOLÓGICA

De acuerdo a la patología médica de base y a la actual condición que refiere, el paciente podría presentar los siguientes diagnósticos fonoaudiológicos:

IV. PLAN DE EVALUACIÓN

A. Contenidos

B. Objetivos Generales

C. Objetivos Específicos

D. Instrumentos de Evaluación

E. Metodología de Evaluación

NOMBRE
FIRMA

UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

EJEMPLOS ANAMNESIS
USUARIOS ADULTOS

ANAMNESIS FONOAUDIOLÓGICA NEUROREHABILITACIÓN ADULTOS

I.- ANTECEDENTES PERSONALES:

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M H Teléfono(s): _____
Domicilio: _____

*Escolaridad: 0. (Analf.) 1. (Bas.Inc.) 2. (Bas. Comp.)
3. (Med. Inc.) 4. (Med. Com.) 5. (Sup.) Repitencia: Si No
*Profesión: 1. Profesional 2. Técnico 3. Empleado Otra / Detalle: _____
*Estado Civil: 1 Casado(a) 2. Separado(a) 3. Viudo(a) 4. Soltero(a) 5. Convive
*Nacionalidad: 1. Chileno 2. Otra: _____
*Idiomas que Habla:1. Español 2. Otro(s): _____ Lateralidad: D Z Amb. Antec. Z. Familiar: _____
*Grupo Familiar: _____
*Hijos (Nº y Nombres): _____
*Hospitalizado: Si No *Ambulatorio: Si No *Ag. Vis: 1. Normal 2. Alter. *Lentes : Si No
*Trastornos FA premórbidos: 1. Trast. Leng. 2. Trast. Habla 3. Espasmofemia 4. Trast. Aprendizaje 5. Disfonía
6. Hipoacusia
Detalle : _____

II.- MOTIVO DE CONSULTA: _____

III.- ANTECEDENTES PSÍQUICOS:

*Premórbidos: 1. Introvertido(a) 2. Extrovertido(a) 3. Buen carácter 4. Depresivo(a) 5. Irritable
*Postmórbidos: 1. Introvertido(a) 2. Extrovertido(a) 3. Buen carácter 4. Depresivo(a) 5. Irritable
6. Labilidad emocional 7. Otros:_____

IV.- ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS:

*Situación laboral: 1. Trabajador 2. Cesante 3. Jubilado 4. Estudiante 5. Dueña de Casa
*Previsión: 1. Fonasa 2. Isapre 3. Sin previsión
*Patología Familiar: 1. Económica 2. Disfuncional 3. Otras: _____

V.- ANTECEDENTES CLÍNICOS:

*Antecedentes Previos:
1. HTA 2. ACV 3. TEC 4.Tu 5. Infección 6. Tóxico-Metabólico 7. Degenerativo
8. Cardiopatía 9. DM 10. OH 11. Drogas 12. Tabaquismo 13.Det. Cognitivo 14. Epilepsia
15. Psiquiátrico (Funcional) Otras: _____

*Etiología: 1. ACV: (a) Isq. (b) Hemorr. 2. TEC 3. Tu 4. Infección 5. Tóxico-Metabólico
6. Hidrocéfalo 7. Degenerativo 8. Psiquiátrica (Funcional)
*Localización: 1. HI: (a) Cortical (b) Subcortical 2. HD (a) Cortical (b) Subcortical 3. Bilateral
4. Tronco 5. Cerebelo 6. Periférico
*Exámenes: TAC RMN EEG Otros: _____

*Diagnósticos:
1. Piramidal: (a) Facial: **D I B**(b) Extrem. Sup.: **D I B** (c) Extrem. Inf.: **D I B**
2. Extrapiramidal: (a) Cerebeloso (b) Sensitivo (c) Neuromuscular
3. Ceguera: **D I B** 4. Alt. Camp. Vis.: **D I**
4. Disartria 5. Disfagia 6. Afasia 7. Apraxia 8. Agnosia
9. Neg. Unilateral: **D I** 10. S.Frontal 11. Demencia 12. Amnesia
Otros: _____

VI.- OTROS ANTECEDENTES:
Informante: _____ Derivado por: _____
Observaciones: _____

VII.- HISTORIA CLÍNICA:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANAMNESIS FONOAUDIOLÓGICA PARA ADULTOS MAYORES

1. Antecedentes Personales

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Nacionalidad: Chilena Extranjera: _____
Idioma/s: Español Inglés Otros: _____
Sexo: F M
Lateralidad: Diestro Zurdo Ambidiestro Zurdería Familiar
Escolaridad: Enseñanza Básica C I hasta _____año
Enseñanza Media C I hasta _____año
Enseñanza Técnica C I hasta _____año
Enseñanza Superior C I hasta _____año
Alfabetizado (lee y escribe) Si ___ No ___ obs.: _____
Profesión/oficio: _____ Años de ejercicio laboral: ____
Dependencia económica: Si ___ No ___ De: _____ Previsión: _____
Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

2. Antecedentes Familiares

Nombre cónyuge: _____ Hijos: Si Nº___ No
Nombre(s) Hijo(s):_____
Ocupación Hijo(s): _____
Nietos: Si No N° ___ Edades: _____

3. Motivo de Consulta

_____
_____
_____

4. Antecedentes Clínicos

a) Antecedentes Mórbidos:
HTA _____ años de evolución Diabetes Tipo I II _____años evolución Obesidad

Epilepsia TEC Artritis Artrosis Tras. Psiquiátrico ACV Enf. Cardíaca

Tras. Motor Forma de desplazamiento: indep. ___ dep. ___ Caídas Incontinencia urinaria

Tras. Sensorial Alt. Equilibrio (mareos, inestabilidad al caminar) Otro: _____

b) Ayudas Técnicas:
Audífono ___ Lentes ópticos ___ Placa dentaria ___ Muletas ___ Silla de ruedas ___ otra: _____
c) Hábitos de Consumo Nocivos:
Tabaco: Frecuencia: diaria _____ semanal _____ mensual _____ esporádico _____ Años de consumo: _____
Alcohol: Frecuencia: diaria _____ semanal _____ mensual _____ esporádico _____ Años de consumo: _____
Drogas: Frecuencia: diaria _____ semanal _____ mensual _____ esporádico _____ Años de consumo: _____

d) Tratamientos (causa / lugar):

_____
_____
_____

e) Medicamento(s):

Nombre	Dosis	Fecha Prescripción	Indicado por	Ultimo control médico
_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____	_____
_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____	_____
_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____	_____
_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____	_____
_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____	_____

Administración independiente: Si No Administrado por: _____
¿Conoce sus dosis? Si No ¿Conoce sus horarios? Si No

f) Cirugías: Si No ¿Cuál? _____
¿Cuándo? _____ Lugar: _____

g) Exámenes TAC RM EEG Videofluoroscopía EMG
Otro(s): _____

5. Situación de Salud
Percepción de salud: Muy mala Mala Regular Buena Muy buena
¿Frente a qué problemas de salud consulta habitualmente al médico? _____
¿Suele utilizar remedios caseros? Si No ¿En qué situaciones? _____
¿Suele comprar remedios sin receta? Si No ¿En qué situaciones? _____
¿Confía en las opiniones de los profesionales de la salud? _____
¿A quién consulta habitualmente frente a un problema de salud? _____

6. Antecedentes Psicosociales
Psicológicos:
¿Se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente? Si No ¿Con qué frecuencia? _____
¿En qué lo nota? _____
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente? Si No ¿Con qué frecuencia? _____
¿En qué lo nota? _____
¿Se siente apoyado y comprendido por su familia? Si No ¿Porqué? _____

Familiares:
¿Cómo es la relación con su cónyuge? _____
¿Cómo es la relación con sus hijos? _____
¿Cómo es la relación con sus nietos? _____
¿Mantiene contacto con otros familiares? ¿Cómo? _____
¿Participa de reuniones familiares? ¿Cómo? _____
¿Participa en la toma de decisiones a nivel familiar? _____
¿Se siente valorado por su familia? _____

Sociales:
¿Tiene amigos? Si No ¿Cómo comparte con ellos? _____
¿Con qué frecuencia comparte con sus amistades? _____
¿Participa en alguna actividad social? ¿De qué tipo? _____
¿Con qué frecuencia? _____
¿Qué actividades recreativas desarrolla? _____
¿Con qué frecuencia?_____
¿Le gustaría desarrollar otro tipo de actividad social o recreativa? Si No
¿Qué tipo de actividad le gustaría desarrollar? _____
¿Por qué no lo ha realizado hasta ahora? _____

7. Actividades de la vida diaria (AVD)
Es capaz de comer: Solo Con ayuda de: _____ Con asistencia total de: _____
Es capaz de bañarse o ducharse: Solo Con ayuda de: _____ Con asistencia total de: _____
Es capaz de vestirse: Solo Con ayuda de: _____ Con asistencia total de: _____
¿Puede salir de compras solo? Si No ¿Por qué? _____
¿Maneja su propio dinero? Si No ¿Por qué? _____
¿Realiza algún tipo de actividad física? Si No ¿De qué tipo? _____
Tiempo: _____ minutos Frecuencia: _____ v/ semana
¿Suele leer revistas o libros? Si No Frecuencia: _____
¿Suele leer, escuchar o ver noticias? Si No Frecuencia: _____

8. Trastorno(s) Fonoaudiológico(s) Previo(s)
¿Ha consultado antes a un fonoaudiólogo? Si No ¿Porqué? _____
¿Cuándo?_____ Recibió tratamiento: Si No Duración: _____

9. Sugerencias e Indicaciones
_____
_____
_____

10. Observaciones
_____
_____
_____

Evaluador(a): _____

ANAMNESIS COMUNICATIVA ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

1. Antecedentes personales.

Nombre: _____ Fecha evaluación: _____

Lateralidad: Diestro ___ Zurdo ___ Ambidiestro ___

Escolaridad: _____ Alfabetizado: Sí ____ No ____

Antecedentes laborales: _____

Ocupación actual: _____

Vive con: _____

2. Antecedentes comunicativos.

¿Siente motivación por iniciar conversaciones con otras personas? Sí ____ A veces ____ No ____*

*¿Por qué? _____

¿Con quién conversa habitualmente? Familia ____ Amigos ____ Vecinos ____ Terapeutas ____ Otro: _____

¿Disfruta cuando conversa con otra persona o solo lo hace por alguna necesidad? Sí ____ No ____ Por necesidad ____

¿De qué temas le gusta conversar? _____

¿Le gusta leer? Sí ____* No ____ *¿Qué lee habitualmente? _____

¿Ha notado algún tipo de dificultad cuando se comunica habitualmente ? Sí ____* No ____

*¿En qué lo nota? _____

¿Ha notado que su memoria ya no es como antes? Sí ____* No ____

*¿En qué lo nota? _____

¿Tiene alguna dificultad para escuchar lo que le dicen? Sí ____* No ____

¿Ha ido al médico por esta causa? Sí ____ No ____ *¿Hace cuánto tiempo? _____

¿Se realizó algún examen? Sí ____ No ____ ¿Le indicaron audífono? Sí ____* No ____ ¿Lo usa? Sí ____* No ____

Observaciones: _____

¿La gente le entiende cuando usted habla? Sí ____ A veces ____ No ____*

*¿Por qué? _____

¿Ha notado algún cambio en su voz con los años? Sí ____* No ____ ¿En qué lo nota? _____

¿Le molesta o preocupa este cambio en su voz? Sí ____* No ____

3. Habilidades comunicativas del usuario (observación).

Indicadores	Sí	No	A veces	No aplica
Mantiene contacto ocular permanente durante la conversación.				
Inicia, mantiene, cambia y finaliza tópicos de forma apropiada.				
Toma y cede turnos de forma alternante sin existir predominio del rol de emisor o receptor. Se aprecia bidireccionalidad en la interacción.				
Retroalimenta a su interlocutor de forma verbal y no verbal.				
Adecúa el estilo comunicativo al contexto de interacción.				
Evidencia adecuado uso del conocimiento compartido con su interlocutor.				
Identifica y repara quiebres comunicativos. Realiza peticiones de reparación.				
Emplea gestos faciales y expresión corporal para acompañar sus enunciados.				
Mantiene una distancia apropiada con el interlocutor.				
Aspectos prosódicos apropiados al contenido del mensaje y al contexto de interacción.				
El perfil comunicativo se adapta a la situación de interacción				
Compensa sus dificultades comunicativas *(solo en caso de presentar limitación)*				

Evaluador(a): _____ Firma y RUT: _____

ANAMNESIS ALIMENTARIA ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

1. Antecedentes personales.

Nombre: _____ Fecha evaluación: _____

Lateralidad: Diestro ___ Zurdo ___ Ambidiestro ___

2. Independencia y autonomía.

¿Se alimenta solo(a) o necesita ayuda? Solo ___ Con ayuda parcial ___* Con ayuda total ___

*¿Qué tipo de ayuda necesita? Para identificar qué está comiendo ___
Para identificar horarios de alimentación ___
Para identificar el lugar de alimentación ___
Para seleccionar utensilios apropiados ___
Para llevar el alimento a la boca/evitar derramar alimento ___

¿Prepara sus propios alimentos o para alguien más? Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____

¿Decide qué alimentos desea consumir o participa activamente en estas decisiones en el hogar? Sí___ No ___

3. Eficiencia.

¿Consume la totalidad del alimento que se (le) sirve? Sí ___ No ___ ¿Qué proporción consume? _____

¿Ha presentado pérdidas importantes de peso en el último tiempo? Sí ___* No ___ *¿Cuántos kilos? _____

¿Manifiesta interés por alimentarse? Sí ___ No ___

¿Manifiesta rechazo o preferencia por algún tipo de alimento? Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

¿Qué tipo de líquidos consume habitualmente? _____

¿Cuánto líquido consume al día? _____

4. Seguridad.

¿Se atora con su saliva? Sí ___* No ___ *¿Con qué frecuencia? _____

¿Tiene tos o ahogos cuando se alimenta o consume sus medicamentos? Sí ___* No ___

* ¿Con qué alimentos/líquidos/medicamentos? _____

¿Presenta alguna dificultad para tomar líquidos de un vaso? Sí ___ No ___

¿Presenta dificultad con las sopas o los granos pequeños como el arroz? Sí ___ No ___

¿Ha presentado neumonías? Sí ___* No ___ *¿Con qué frecuencia? _____

¿Queda con restos de alimento en la boca luego de alimentarse? Sí ___ No ___

¿Siente que el alimento se va hacia su nariz? Sí ___ No ___

¿Necesita limpiar su nariz constantemente mientras se alimenta? Sí ___ No ___

¿Ha necesitado utilizar SNG/GTT/TQQ en alguna oportunidad? Sí ___* No ___

*¿Por qué motivo y durante cuánto tiempo? _____

5. Proceso de alimentación.

¿Se demora más tiempo que el resto de la familia? Sí ___* No ___ ¿Cuánto? _____

¿Cree usted que come muy rápido? Sí ___ No ___

¿Suele realizar alguna otra actividad mientras come? Sí ___* No ___

*¿Cuál(es)? _____

6. Salud bucal.

¿Cuenta con todas sus piezas dentarias/dientes? Sí ___ No ___* *¿Por qué? _____

¿Utiliza placa dental? Sí ___ No ___*

¿Se realiza aseo bucal después de cada comida? Sí ___ No ___*

*¿Con qué frecuencia se lava los dientes/lava su prótesis? _____

¿Cuenta con los elementos necesarios en su hogar para realizar aseo bucal? _____

¿Con qué frecuencia renueva/cambia su cepillo de dientes? _____

¿Asiste regularmente a controles dentales? Sí ___* No ___

*¿Con qué frecuencia? _____

¿Tiene alguna molestia o dolor dentro de su boca (dientes, encías, paladar, lengua)? Sí ___* No ___

*¿Cuál? _____

¿Tiene sensación de boca seca? Sí ___* No ___

¿Le genera molestias para hablar o comer? Sí ___ No ___

7. Aspectos comunicativos y sociales.

¿Come habitualmente con el resto de su familia? Sí ___ No ___*

*¿Por qué? _____

¿Come habitualmente con otras personas además de su familia? _____

¿Conversa con otras personas mientras se alimenta? Sí ___ No ___

¿Conversa con otras personas después que se alimenta? Sí ___ No ___

¿Suele realizar comentarios en relación con la comida? Sí ___ No ___

8. Antecedentes clínicos relevantes.

a) *Antecedentes mórbidos:*

Diabetes Tipo I II _____años evolución Obesidad ___ Desnutrición ___

Epilepsia ___ TCE ___ Artritis o artrosis ___ ACV ___

Tras. motor ___ Forma de desplazamiento indep. ___ dep. ___ Caídas en el último año ___

Tras. visual ___ Tras. auditivo ___ Alergias alimentarias _____

GTT/TQT/SNG ___ Otro: _____

b) *Ayudas Técnicas:*

Audífono ___ Lentes ópticos ___ Muletas ___ Silla de ruedas ___ Carro de marcha ___

Otra: _____

9. Indicaciones y sugerencias.

_____

_____

_____

_____

10. Observaciones.

_____

_____

_____

_____

Evaluador(a): _____ Firma: _____

UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
USUARIOS ADULTOS

PROTOCOLO DE LENGUAJE PARA PACIENTES AFASICOS

Nombre:_____ Edad: _____ Lat.: ____
Diagnóstico:_____ Fecha: _____ Tiempo Examen: _____

SEVERIDAD DE LA AFASIA: 0 12 3 4 5

1. LENGUAJE EXPRESIVO:

1.1 Discurso Oral:

1.1.1 Fluidez Oral:

Línea melódica	:	1	2	3	4	5	6	7
Longitud de la frase	:	1	2	3	4	5	6	7
Agilidad articulatoria	:	1	2	3	4	5	6	7
1.1.2 Contenido (Información)	:	1	2	3	4	5	6	7
1.1.3 Parafasia	:	1	2	3	4	5	6	7
1.1.4 Forma Gramatical	:	1	2	3	4	5	6	7

1.2 L. Automático : /4
1.2.1 Números : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1.2.2 Días : L Ma Mi J V S D
1.3 L.Repetido : /60
1.3.1 Palabras : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /30
6)_____ 7)_____ 8)_____ 9)_____ 10)_____
1.3.2 Frases :1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /30
1.4 L.Denominativo : /60
1.4.1 Objetos : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /30
6)_____ 7)_____ 8)_____ 9)_____ 10)_____
1.4.2 Acciones : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /30
6)_____ 7)_____ 8)_____ 9)_____ 10)_____
1.5 Fluidez /58
1.5.1 F. Semántica : 0 1 2 3 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 23
1.5.2 F. Fonémica : 0 1 2 3 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 35

2. LENGUAJE COMPRENSIVO:

2.1 Rec. Auditivo : /80
2.1.1 Objetos : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /40
6)_____ 7)_____ 8)_____ 9)_____ 10)_____
2.1.2 Acciones : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /40
6)_____ 7)_____ 8)_____ 9)_____ 10)_____
2.2 Token Test : /96
2.2.1 I Parte : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ 6)_____ /24
2.2.2 II Parte : 7)_____ 8)_____ 9)_____ 10)_____ 11)_____ 12)_____ /24
2.2.3 III Parte : 13)_____ 14)_____ 15)_____ 16)_____ 17)_____ 18)_____ /24
2.2.4 IV Parte : 19)_____ 20)_____ 21)_____ 22)_____ 23)_____ 24)_____ /24
2.3 Discurso Comp. : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ 6)_____ /24
7)_____ 8)_____

3. DELETREO:

3.1 Oral : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /10
3.2 Comprensión : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /10

4. ESCRITURA:

4.1 Automática : Nombre:_____ Números: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 /4
4.2 Dictado : /45
4.2.1 Palabras : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /15
4.2.2 Frases : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /30
4.3 Copia : /45
4.3.1 Palabras : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /15

4.3.2 Frases : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /30
4.3.3 Descriptiva : _____ 0 1 2 3 4 5

5. LECTURA :
5.1 P. Visual-Verbal: 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /30
6)_____ 7)_____ 8)_____ 9)_____ 10)____
5.2 C. De Ordenes Esc : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ /7
5.3 L. Orac. Y Párrafos : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /14
6)_____ 7)_____

6. LECTURA ORAL :
6.1 Palabras : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /30
6)_____ 7)_____ 8)_____ 9)_____ 10)____
6.2 Oraciones : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ /30

7. CALCULO ESCR. :
7.1 Suma : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ /12
7.2 Resta : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ /12
7.3 Multiplicación : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ /12
7.4 División : 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ /12

8. VISUAL :
8.1 Pareo Visual-Visual: 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5) /30
6)_____ 7)_____ 8)_____ 9)_____ 10)____

9. COPIA FIGURA : _____ 0 1 2 3 4 5

10. PANTOMIMA :
10.1 Comp. Pant. : 1)_____ 2)_____ 3)_____ /9
10.2 Expr. Pant : 1)_____ 2)_____ 3)_____ /15

11. PERFIL COMUNICATIVO:
11.1 Tipo Conversador: Tipo I (+Inic/ +Resp) Tipo II (- Inic/ + Resp)
Tipo III (+Inic/ - Resp) Tipo IV (- Inic/ - Resp)
11.2 Estr. Compens. : _____ 0 1 2 3
11.3 Comp. Contex. : _____ 0 1 2 3

SÍNTESIS:

Hemiparesia: ____	Hemianestesia: ____	Alt.Anat.Oral: ____	Alt.Ag.Visual: ____	Alt.Cam.Vis.: _____
Hipoacusia: ____	Apatía: ____	Falta Cooper.: ____	Lab.Emoc.: ____	Ansiedad : _____
Depresión: ____	Irritabilidad: ____	Iniciativa : ____	Indif.Amb : ____	Anosodiaforia: _____
Anosognosia: ____	Afasia : ____	Alexia : ____	Agrafia : ____	Acalculia: _____
Aprax. Const.: ____	Aprax.Ideom.: ____	Disartria : ____	Disfagia : ____	Aprax. Fonat.: _____
Aprax. Habla: ____	Disprosodia: ____	Leng.Confuso: ____	Alt.Pragm.: ____	Disfluencia: _____
Apraxia Oral: ____	Amnesia : ____	Des.Der/Izq.: ____	Des.Te/Esp.: ____	Deter.Cogn.: _____
Def. Atencional: ____	Fatigabilidad: ____	Precipitación: ____	Lentificacion: ____	Perseveración: _____
Neg. Der/Izq.: ____	Agn. V.A.T.: ____	Sordera Verbal P. : ____	Simultagnosia:____	Prosopagnosia:_____

Observaciones:_____
_____
_____
_____

MINI PROTOCOLO PARA PACIENTES AFASICOS

Nombre: _____ Fecha Nac. : _____ Edad: _____
Diagnóstico: _____ _____

SEVERIDAD DE LA AFASIA: 0 1 2 3 4 5

1. LENGUAJE EXPRESIVO:

1.1. Discurso Oral:

1.1.1. Fluidez Oral

Línea melódica	:	1	2	3	4	5	6	7
Longitud de la Frase	:	1	2	3	4	5	6	7
Agilidad Articulatoria	:	1	2	3	4	5	6	7
1.1.2. Contenido (Información)	:	1	2	3	4	5	6	7
1.1.3. Parafasias	:	1	2	3	4	5	6	7
1.1.4. Forma Gramatical	:	1	2	3	4	5	6	7

1.2. L.Automático	:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	/2
1.3. L.Repetido	:	1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____	/15
1.4. L.Denominativo	:	1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____	/15

2. LENGUAJE COMPRENSIVO:

2.1. Rec. Auditivo	:	1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____	/20
2.2. Token Test	:	1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____ 6)_____	/24

3. ESCRITURA:

3.1. Automática	:	Nombre: _____ Números: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	/4
3.2. Dictado	:	1)_____ 2)_____ 3)_____	/9
3.3. Copia	:	1)_____ 2)_____ 3)_____	/9
3.4. Descriptiva	:	_____0 1 2 3 4 5	

4. LECTURA:

4.1. Pareo Visuo-Verbal	:	1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____	/15
4.2. Lectura Oral	:	1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____	/15

5. CALCULO	:	1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____	/12
6. VISUAL (P.V/V)	:	1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____	/15
7. COPIA DIBUJO	:	_____ 0 1 2 3 4 5	
8. PANTOMIMA	:	CP 1)____ 2)____3)____ EP 1)____ 2)____ 3)____	/24

9.PERFIL COMUNICATIVO:

9.1. Tipo Conversador: Tipo I (+ Inic/+Resp) Tipo II (- Inic/**+**Resp)
Tipo III (+Inic/-Resp) Tipo IV(-Inic/-Resp**)**

9.2. Estr. Compens.	: _____	0 1 2 3	
9.3. Comp. Contex.	: _____	0 1 2 3	

SINTESIS:

Hemiparesia: ____	Hemianestesia: ____	Alt.Anat.Oral: ____	Alt.Ag.Visual: ____	Alt.Cam.Vis.: _____
Hipoacusia: ____	Apatía: ____	Falta Cooper.: ____	Lab.Emoc.: ____	Ansiedad : _____
Depresión: ____	Irritabilidad: ____	Iniciativa : ____	Indif.Amb : ____	Anosodiaforia: _____
Anosognosia: ____	Afasia : ____	Alexia : ____	Agrafia : ____	Acalculia: _____
Aprax. Const.: ____	Aprax.Ideom.: ____	Disartria : ____	Disfagia : ____	Aprax. Fonat.: _____
Aprax. Habla: ____	Disprosodia: ____	Leng.Confuso: ____	Alt.Pragm.: ____	Disfluencia: _____
Apraxia Oral: ____	Amnesia : ____	Des.Der/Izq.: ____	Des.Te/Esp.: ____	Deter.Cogn.: _____
Def. Atencional: ____	Fatigabilidad: ____	Precipitación: ____	Lentificacion: ____	Perseveración: _____
Neg. Der/Izq.: ____	Agn. V.A.T.: ____	Sordera Verbal P. : ____	Simultagnosia:____	Prosopagnosia:_____

Observaciones: _____

_____

_____

TOKEN TEST

Nombre: _____Fecha Nac.: _____Edad: _____

Ítem I	Cuadrados y círculos grandes (6 fichas)	Eval.
1.	Toque el círculo rojo	
2.	Toque el cuadrado azul	
3.	Toque el cuadrado rojo	
4.	Toque el círculo amarillo	
5.	Toque el círculo azul	
6.	Toque el cuadrado amarillo	

Total: _____

Ítem II	Cuadrados y círculos grandes y chicos (12 fichas)	Eval.
1.	Toque el círculo amarillo chico	
2.	Toque el círculo azul grande	
3.	Toque el círculo amarillo grande	
4.	Toque el cuadrado rojo grande	
5.	Toque el círculo azul chico	
6.	Toque el cuadrado amarillo chico	

Total: _____

Ítem III	Cuadrados y círculos grandes (6 fichas)	Eval.
1.	Toque el círculo amarillo y cuadrado azul	
2.	Toque el cuadrado azul y cuadrado amarillo	
3.	Toque el cuadrado rojo y círculo azul	
4.	Toque el círculo rojo y cuadrado amarillo	
5.	Toque el círculo azul y cuadrado rojo	
6.	Toque el cuadrado amarillo y cuadrado rojo	

Total: _____

Ítem IV	Cuadrados y círculos grandes y chicos (12 fichas)	Eval.
1.	Toque el círculo amarillo chico y cuadrado rojo grande	
2.	Toque el cuadrado azul chico y círculo amarillo chico	
3.	Toque el cuadrado azul grande y cuadrado rojo chico	
4.	Toque el círculo rojo chico y circulo amarillo chico	
5.	Toque el círculo amarillo grande y círculo azul chico	
6.	Toque el cuadrado rojo grande y círculo amarillo chico	

Total: _____

Valoración:
0 = Fracaso
1 = Repetición (más de 10 seg. Cambiar el orden de la secuencia)
2 = Autocorrección
3 = Retardo (más de 5 seg.)
4 = Correcta (menos de 5 seg.)

PROTOCOLO DE FLUIDEZ VERBAL

Nombre: _____Fecha Nac.: _____Edad: _____
Escolaridad:_____ Lateralidad:_____ Ocupación: _____

Pida que nombre todos los animales que conozca en un minuto. Posteriormente, se le solicita que diga todas las palabras que recuerde que empiecen con "P" en tres minutos, sin que sean palabras derivadas.

Fluidez Semántica: Nombrar animales en 3 minutos (hacer una marca cada 30 seg): (Máximo posible 31 en 1 minuto según Test de Barcelona, 1990)

1 _____	16 _ _____	31 _____	46 _____
2 _____	17 _ _____	32 _____	47 _____
3 _____	18 _ _____	33 _____	48 _____
4 _____	19 _ _____	34 _____	49 _____
5 _____	20 _ _____	35 _____	50 _____
6 _____	21 _ _____	36 _____	51 _____
7 _____	22 _ _____	37 _____	52 _____
8 _____	23 _ _____	38 _____	53 _____
9 _____	24 _ _____	39 _____	54 _____
10 _____	25 _ _____	40 _____	55 _____
11 _____	26 _ _____	41 _____	56 _____
12 _____	27 _ _____	42 _____	
13 _____	28 _ _____	43 _____	TOTAL: _____
14 _____	29 _ _____	44 _____	
15 _____	30 _ _____	45 _____	

Observaciones: _____
_____

Fluidez Fonémica: Palabras que empiezan con "P" en 3 minutos (Hacer una marca cada 30 seg): (Máximo posible 46 en 1 minuto según Test de Barcelona, 1990).

1 _____	16 _ _____	31 _____	46 _____
2 _____	17 _ _____	32 _____	47 _____
3 _____	18 _ _____	33 _____	48 _____
4 _____	19 _ _____	34 _____	49 _____
5 _____	20 _ _____	35 _____	50 _____
6 _____	21 _ _____	36 _____	51 _____
7 _____	22 _ _____	37 _____	52 _____
8 _____	23 _ _____	38 _____	53 _____
9 _____	24 _ _____	39 _____	54 _____
10 _____	25 _ _____	40 _____	55 _____
11 _____	26 _ _____	41 _____	56 _____
12 _____	27 _ _____	42 _____	
13 _____	28 _ _____	43 _____	TOTAL: _____
14 _____	29 _ _____	44 _____	
15 _____	30 _ _____	45 _____	

Observaciones: _____
_____

“ Cierre los ojos ”

MINI MENTAL EXAMEN

Folstein y cols. 1975

Nombre:_____ Edad:_____
Diagnóstico:_____Fecha:_____
Escolaridad:_____Lateralidad:_____

PUNTOS **ORIENTACION**

(/5) ¿Cuál es el año/ estación/ mes/ fecha/ día?
(/5) ¿Dónde estamos? país/ ciudad/ comuna/ edificio/ piso.

REGISTRO (pelota, bandera, árbol)

(/3) Nombrar 3 objetos en 3 segundos: que los repita: 1 punto cada uno. Repetírselos hasta que se los aprenda; anotar ensayos:

ATENCIÓN Y CÁLCULOS

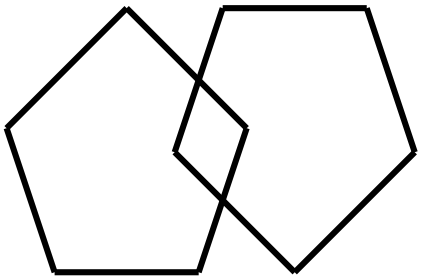
(/5) Restar desde 100 de 7 en 7; detenerse en la quinta respuesta; 1 punto cada respuesta correcta.

EVOCACIÓN

(/3) Preguntar por los objetos nombrados; 1 punto cada uno.

LENGUAJE

(/2) Denominar: lápiz, reloj. 1 punto cada uno.
(/1) Repetir: “él lo hará si usted lo hace”.
(/3) Orden: “Tome el papel con la mano derecha, arrúguelo con la izquierda y póngalo en el piso.
(/1) Lea y obedezca: “CIERRE LOS OJOS”.
(/1) Escriba una frase cualquiera.
(/1) Copie este dibujo: (exigencia; 5 ángulos e intersección).



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE HABLA

Nombre:_____ Fecha Nac.: _____Edad:_____
Diagnóstico(s):_____

Materiales: Linterna, Grabadora, Cronometro, Espejo de Glatzel, Guía lengua, Lista de palabras, Texto "El Abuelo".

I. Procesos Motores Básicos del Habla:
Valoración del rendimiento: 1 normal; 2 deficiencia leve; 3 deficiencia moderada; 4 deficiencia moderada a severa; 5 deficiencia severa.

1. Respiración:	1	2	3	4	5	
1.1. Producir una /s/:	1 (20-30 seg.)		2 (15-19 seg.)	3 (10-14 seg.)	4 (1-9 seg.)	5 (0 seg.)
Características de la respiración:	Normal		Inspiración – espiración forzada		Inspiración audible	
Tipo:	Costal alto		Costodiafragmático		Abdominal	
Modo:	Nasal		Bucal	Mixto		
2. Fonación:	1	2	3	4	5	
2.1. Iniciar una /a/:	1	2	3	4	5	
2.2. TMF /a/:	1(15-25 seg)		2 (11-14 seg.)	3 (6-10 seg)	4 (1-5 seg)	5 (0 seg.)
2.3. Producir /a/ intensa:	1	2	3	4	5	
Características de la fonación:						
Calidad : Normal	Forzada-estrangulada		Soplada	Húmeda	Temblor	
Tono : Normal	Quiebres tonales		Bajo	Alto		
Intensidad : Normal	Débil		Aumentada			
3. Resonancia:	1	2	3	4	5	
3.1. En reposo el velo está: Normal	Parálisis unilateral D I			Parálisis bilateral		
3.2. Movimiento del velo al producir una /a/	1	2	3	4	5	
3.3. Producir pares de palabras:	1	2	3	4	5	
/mata – bata/ /mala – bala/ /moto – boto/						
Características de la resonancia: Normal	Hipernasal		Hiponasal	Emisión nasal	Enunciados cortos	
4. Control Motor Oral y Articulación: 1	2	3	4	5		
<u>4.1. Cara:</u>						
4.1.1. En reposo: Normal	Debilidad unilateral D I			Debilidad bilateral		
4.1.2. Sonrisa: Normal	Eleva solo el lado D I			No eleva ambos lados		
<u>4.2. Mandíbula:</u>						
4.2.1. Abrir:	1	2	3	4	5	
4.2.2. Cerrar:	1	2	3	4	5	
<u>4.3. Labios:</u>						
4.3.1. Protruir:	1	2	3	4	5	
4.3.2. Retraer:	1	2	3	4	5	
4.3.3. Cierra por 5 seg.:	1	2	3	4	5	
4.3.4. Abrir y cerrar 5 seg.:	1 (15-20)		2 (10-14)	3 (5-9)	4(1-4)	5 (0)
Bilabial						
4.3.5. Producir /pa/:	1	2	3	4	5	
4.3.6. Producir serie /pa/:	1	2	3	4	5	
4.3.7. Producir: /papá/ /pipa/	1	2	3	4	5	
4.3.8. Producir /ma/:	1	2	3	4	5	
4.3.9. Producir serie /ma/:	1	2	3	4	5	
4.3.10. Prod.: /mamá/ /mima/	1	2	3	4	5	
4.3.11. Prod. un enunciado: /mi mamá me mima/	1	2	3	4	5	
4.3.12. Prucir /ba/:	1	2	3	4	5	

4.3.13. Producir serie /ba/: 1 2 3 4 5
4.3.14. Producir: /bobo/ /beba/ 1 2 3 4 5

Labiodental

4.3.15. Producir /fa/: 1 2 3 4 5
4.3.16. Producir serie /fa/: 1 2 3 4 5
4.3.17. Producir: /fofo/ /fifa/ 1 2 3 4 5

4.4. Lengua:

4.4.1. Protruir: (Desv. D I) 1 2 3 4 5
4.4.2. Retraer: 1 2 3 4 5
4.4.3. Mover a la derecha: 1 2 3 4 5
4.4.4. Mover a la izquierda: 1 2 3 4 5
4.4.5. Arriba: 1 2 3 4 5
4.4.6. Abajo: 1 2 3 4 5

En 5 seg.:

4.4.7. Protruir y retraer : 1 (18-25) 2 (14-17) 3 (8-13) 4 (1-7) 5 (0)
4.4.8. Derecha e izquierda: 1 (18-25) 2 (14-17) 3 (8-13) 4 (1-7) 5 (0)
4.4.9. Arriba y abajo: 1 (18-25) 2 (14-17) 3 (8-13) 4 (1-7) 5 (0)

Postdentales Superiores

4.4.10. Producir /da/: 1 2 3 4 5
4.4.11. Producir serie /da/: 1 2 3 4 5
4.4.12. Producir: /dado/ /duda/ 1 2 3 4 5
4.4.13. Producir /ta/: 1 2 3 4 5
4.4.14. Producir serie /ta/: 1 2 3 4 5
4.4.15. Producir: /tata/ /tito/ 1 2 3 4 5

Postdental Inferior

4.4.16. Producir /sa/: 1 2 3 4 5
4.4.17. Producir serie /sa/: 1 2 3 4 5
4.4.18. Producir: /susi/ /seso/ 1 2 3 4 5

Alveolares

4.4.19. Producir /na/: 1 2 3 4 5
4.4.20. Producir serie /na/: 1 2 3 4 5
4.4.21. Producir: /nana/ /nene/ 1 2 3 4 5
4.4.22. Producir /la/: 1 2 3 4 5
4.4.23. Producir serie /la/: 1 2 3 4 5
4.4.24. Producir: /lolo/ /lila/ 1 2 3 4 5
4.4.25. Producir /ra/ : 1 2 3 4 5
4.4.26. Producir serie /ra/: 1 2 3 4 5
4.4.27. Producir: /raro/ /rorro/ 1 2 3 4 5

Palatales

4.4.28. Producir /ya/: 1 2 3 4 5
4.4.29. Producir serie /ya/: 1 2 3 4 5
4.4.30. Producir: /yaya/ /yoyo/ 1 2 3 4 5
4.4.31. Producir /ña/: 1 2 3 4 5
4.4.32. Producir serie /ña/: 1 2 3 4 5
4.4 33. Producir: /ñaña/ /ñoño/ 1 2 3 4 5
4.4.34. Producir /cha/: 1 2 3 4 5
4.4.35. Producir serie /cha/: 1 2 3 4 5
4.4.36. Prod.: /chicha/ /checho/ 1 2 3 4 5

Velares

4.4.37. Producir /ja/: 1 2 3 4 5
4.4.38. Producir serie /ja/: 1 2 3 4 5
4.4.39. Producir: /jaja/ /jojo/ 1 2 3 4 5
4.4.40. Producir /ka/: 1 2 3 4 5
4.4.41. Producir serie /ka/: 1 2 3 4 5

4.4.42. Prod.: /queque/ /cuco/ 1 2 3 4 5
4.4.43. Producir /ga/: 1 2 3 4 5
4.4.44. Producir serie /ga/: 1 2 3 4 5
4.4.45. Producir /guagua/: 1 2 3 4 5

4.5. Difonos:
Consonánticos 1 2 3 4 5
4.5.1. Producir
/blusa/ /clavo/ /flaco/ /globo/ /plato/ /atlas/ /brazo/ /crema/ /frente/ /grano/ /preso/ /tren/ /dragón/
Vocálicos 1 2 3 4 5
4.5.2. Producir:
/piano/ /laico/ /pie/ /rey/ /ciudad/ /boina/ /cuota/ /piojo/ /reuma/ /fui/ /suave/ /pauta/ /nuevo/

4.6. Polisílabos: 1 2 3 4 5
4.6.1 Producir:
/calendario/ /monotonía/ /helicóptero/ /temperatura/ /carabinero/ /autobiografía/

4.7. Frases: 1 2 3 4 5
4.7.1 Producir:
/Abre la puerta/ /venga aquí y siéntese/ /¿Le gustaría una taza de té?/ /¿Tiene usted azúcar?/

4.8. Lectura: 1 2 3 4 5
4.8.1 Leer la lectura el abuelo:

"Usted quiere saber sobre mi abuelo. Bueno, el tiene cerca de noventa y tres años de edad y aún piensa tan lúcidamente como siempre. Se viste solo, y se pone su vieja chaqueta negra que comúnmente, tiene varios botones menos.

Una larga barba cuelga de su cara inspirando, a aquellos que lo observan, un profundo sentimiento de respeto. Cuando habla, su voz parece un poco quebrada y temblorosa.

Dos veces al día, él disfruta tocando hábilmente un pequeño órgano.

Todos los días, el abuelo da un corto paseo, excepto en el invierno cuando la lluvia o el frío se lo impiden"

Tiempo de lectura: _____ seg.
Velocidad del habla en la lectura por minutos: X = 6.060 /_____tiempo de lectura en seg. /_____Palabras por minuto

4.9. Diadococinesias:
4.9.1. Producir /pa-ta-ka/: 1 2 3 4 5
4.9.2. Prod. serie /pa-ta-ka/: 1 (12-15) 2 (8-11) 3 (4-7) 4 (1-3) 5 (0)
4.9.3. Prod.: /pituco/ /petaca/ 1 2 3 4 5

4.10. Habla automática:
4.10.1 Contar del 1 al 20: 1 2 3 4 5

Característcicas de la articulación:
Vocales: Normales Distorsión Prolongación Quiebre
Consonantes: Normales Distorsión Prolongación Quiebre
Repetición de sílabas: Si No Repetición de palabras: Si No

5. Prosodia: 1 2 3 4 5
Monointensidad: Si No
Monotonía: Si No
Excesivas variaciones en intensidad: Si No
Taquilalia: Si No
Bradilalia: Si No
Breves precipitaciones al hablar: Si No
Silencios inadecuados: Si No
Acentuación excesiva y uniforme: Si No

6. Inteligibilidad:	1	2	3	4	5
6.1. Palabras:	1	2	3	4	5
6.2. Oraciones:	1	2	3	4	5
6.3. Párrafo (lectura):	1	2	3	4	5
6.4. Conversación:	1	2	3	4	5
7. Sensibilidad Oral:	1	2	3	4	5

II. Síntesis:	**1. Respiración:**	1	2	3	4	5
	2. Fonación:	1	2	3	4	5
	3. Resonancia:	1	2	3	4	5
	4. C. Mot.Oral y Art.:	1	2	3	4	5
	5. Prosodia:	1	2	3	4	5
	6. Inteligibilidad:	1	2	3	4	5

DIAGNÓSTICOS:

Disartria: Si No Grado: L M S Tipo:_____
Apraxia del Habla: Si No Grado: L M S
Apraxia Fonatoria: Si No
Apraxia Oral: Si No Grado: L M S

III. Observaciones:

_____
_____

EVALUACIÓN CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA DE LA DEGLUCIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M H Teléfono(s): _____
Diagnóstico(s): _____

Materiales: Linterna, Espejo de Glatzel, Guía de lengua, Guantes, Jeringa 10 cc, Cuchara de té, Vaso, Agua (jugo), Sémola, Galleta (Oblea).

I. ANTECEDENTES GENERALES: (Información equipo de salud)

1. Neurológica: _____
_____

2. O.R.L: _____
_____

3. Broncopulmonar: Secreciones (L: Leve M: Moderado S: Severo) Se está aspirando: Si No
_____

4. Nutricional: _____
_____
Alimentación: 1. Oral 2. No oral: (a) Sonda nasogástrica (b) Sonda nasoyeyunal (c) Gastrostomía

5. Radiológica: Videofluroscopía Si No
_____
_____

6. Tratamiento Kinésico: Si No
_____

7. Tratamiento farmacológico: _____
_____

8. Otros antecedentes:

Traqueostomía: Si No Cánula: Si No
Intubación: Si No ¿Cuánto tiempo?: _____
Divertículo de Zenker: Si No
Fístula Traqueoesofágica: Si No

Trastornos del Habla: Si No
Tipo: Disartria (L M S) Apraxia del Habla (L M S)

Trastornos del Lenguaje: Si No
Tipo: Afasia (L M S) Otros: _____
Apraxia oral: Si (L M S) No
Sialorrea: Si (L M S) No
Se alimenta en forma: Independiente Semi-dependiente Dependiente

Cognición:
- Alerta: Si No
- Déficit atencional: Si No
- Impulsividad: Si No
- Agnosia para los alimentos: Si No
- Det. Intelectual Clínico: Si (L M S) No
- Mini Mental: Pje.: _____ Observ.: _____
- Raven: Pje.: _____ Observ.: _____

II. ASPECTOS ORO-FUNCIONALES DE LA DEGLUCION:

1. ANATOMIA ORAL: Conservada Alterada
   Dentición: Completa Incompleta (Placa: Si No)
   Cara: En reposo Normal Debilidad unilateral D I Debilidad bilateral
   Sonrisa: Normal Eleva solo lado D I No eleva ambos lados

2. CONTROL MOTOR ORAL:
(L = logra; LP = logra parcialmente; NL = no logra; D = derecha; I = izquierda)

2.1. FUNCION LABIAL:

a) Desviación:	Si (D	I)	No
b) Protruir los labios:	L	LP	NL
c) Retraer los labios:	L	LP	NL
d) Mantener cerrados los labios:	L	LP	NL
e) Hacer una sonrisa:	L	LP	NL
f) Producir la sílaba /pa/ varias veces:	L	LP	NL

2.2. FUNCION MANDIBULAR:

a) Abrir y cerrar la boca:	L	LP	NL
b) Mover la mandíbula a derecha:	L	LP	NL
c) Mover la mandíbula a izquierda:	L	LP	NL

2.3. FUNCION LINGUAL:

a) Protuir la lengua	L	LP	NL
b) Desviación:	Si (D	I)	No
c) Retraer la lengua l:		LP	NL
d) Mover la lengua a derecha:	L	LP	NL
e) Mover la lengua a izquierda:	L	LP	NL
f) Mover la lengua a la mejilla derecha:	L	LP	NL
g) Mover la lengua a la mejilla izquierda:	L	LP	NL
h) Mover la lengua arriba abajo:	L	LP	NL
i) Producir la sílaba /ta/ varias veces:	L	LP	NL
j) Producir la sílaba /ka/ varias veces:	L	LP	NL

2.4. FUNCION VELO PALADAR:

a) Elevar el velo al producir una /a/:	L	LP	NL
b) Elevar el velo repetidamente al producir una serie de cinco /a/:	L	LP	NL

3. SENSIBILIDAD ORAL: Conservada Deficiente

4. FUNCION LARÍNGEA:

a) Producir una /a/:	Si	No
b) Características:		
Hipernasal:	Si	No
Emisión nasal:	Si	No
Ronca (húmeda):	Si	No

5. TOS:

a) Voluntaria (2 veces):	Si	No
b) Refleja:	Si	No

III. PROCESO DE LA DEGLUCIÓN:

1. ETAPA PREPARATORIA-ORAL:

1.1 Mastica:	Si	No
1.2 Sale alimento fuera de la boca:	Si	No

2. ETAPA ORAL:

a) Dificultad para el inicio:	Si	No
b) Lentitud:	Si	No

3. ETAPA FARINGEA:

a) Retardo en la elevación del hueso hioides y el cartílago tiroides:	Si	No
b) Ausencia de la elevación del hueso hioides y el cartílago tiroides:	Si	No
c) Presencia de tos cuando se alimenta:	Si	No
d) Refiere regurgitación nasal:	Si	No

4. DESPUÉS DE DEGLUTIR SE OBSERVA:

a) Alimento en los surcos laterales:	Si	No
b) Alimento en el surco anterior:	Si	No
c) Alimento bajo la lengua:	Si	No
d) Alimento sobre la lengua:	Si	No
e) Alimento en el paladar duro:	Si	No
f) Presencia de secreciones:	Si	No
g) Voz alterada (húmeda):	Si	No

<u>El examen se realizó con las siguientes consistencias y cantidades:</u>

a) Líquido.	a) 1 ml.	b) 3m.	c) 5ml.	d) 10ml.	e) Beber un sorbo de un vaso.
b) Semisólido.	a) Cuchara de té – sémola				
c) Sólido.	a) Galleta (oblea)				

Presenta dificultad con:

a) Líquido.	a) 1 ml.	b) 3m.	c) 5ml.	d) 10ml.	e) Beber un sorbo de un vaso.
b) Semisólido.	a) Cuchara de té – sémola				
c) Sólido.	a) Galleta (oblea)				

IV.OBSERVACIONES:_____
_____
_____

V. SÍNTESIS:

Disfagia Orofaríngea: SI No Grado: L M S
Posible Aspiración: SI No

1. Antes:	a) Falta de control lingual	b) Retardo o Ausencia del reflejo faríngeo	
2. Durante:	a) Reducido cierre laríngeo	b) Reducida elevación laríngea	
3. Después:	a) Falta de contracción faríngea	b) Disfunción cricofaríngea	c) Disfunción velar

VI.PLAN:_____
_____
_____
_____

PROTOCOLO DE NECESIDADES COMUNICATIVAS DEL NIVEL BÁSICO

Nombre: _____Fecha Nac.: _____Edad: _____
Diagnóstico(s): _____

Valoración **0: No Logra** **1: Logra en forma parcial (con apoyo)** **2: Logra sin dificultad**
Prioridad **I: Inmediata** **P: Posterior**

1. Saludar			:	0	1	2
2. Llamar la atención			:	0	1	2
1. Dar información	- Personal	- Nombre	:	0	1	2
		- Edad	:	0	1	2
		- Dirección	:	0	1	2
		- Estado Civil	:	0	1	2
		- Trabajo	:	0	1	2
		- Enfermedad	:	0	1	2
	- Familiar	- Nombre del esposo(a)	:	0	1	2
		- Nombre(s) de hijos(as)	:	0	1	2
		- Otros familiares	:	0	1	2
	- Social	- Nombre de las amistades	:	0	1	2
	- Espacial	- Lugar donde se trata	:	0	1	2
		- Lugar donde vive (plano)	:	0	1	2
		- Mapa nacional (ciudad)	:	0	1	2
		- Mapa mundial (países)	:	0	1	2
	- Temporal	- Fechas importantes (pers.)	:	0	1	2
		- Fechas nacionales (calend.)	:	0	1	2
		- Pasado, presente, futuro	:	0	1	2
	- Física	- Médica (dolor)	:	0	1	2
2. Preguntas (nivel familiar y social)	- Persona		:	0	1	2
	- Acción		:	0	1	2
	- Lugar		:	0	1	2
	- Objeto		:	0	1	2
3. Responder Si / No	Preguntas información personal		:	0	1	2
	Preguntas información general		:	0	1	2
4. Dar órdenes (pedir)	Objetos (alimentos, ropa, etc.)		:	0	1	2
	Acciones		:	0	1	2
5. Seguir órdenes			:	0	1	2
6. Opinar (escala gráfica)			:	0	1	2
7. Expresar emociones			:	0	1	2
8. Realizar cálculos	- Dinero		:	0	1	2
	- Hora		:	0	1	2
	- Días		:	0	1	2
9. Lectura	- Reconocer	- Nombres familiares	:	0	1	2
		- Nombres amistades	:	0	1	2
		- Datos personales	:	0	1	2
		- Información (diario)	:	0	1	2
		- Símbolos	:	0	1	2
10. Escritura	- Personal	- Nombre	:	0	1	2
		- Dirección	:	0	1	2
		- Edad	:	0	1	2
		- Fecha	:	0	1	2
		- Nombre de los familiares	:	0	1	2
		- Nombre de amistades	:	0	1	2

Observaciones:

PROTOCOLO DE NECESIDADES COMUNICATIVAS NIVEL SUPERIOR

Nombre: _____Fecha Nac.: _____Edad: _____
Diagnóstico(s): _____

Valoración 0: No Logra 1: Logra en forma parcial (con apoyo) 2: Logra sin dificultad
Prioridad I: Inmediata P: Posterior

1. Conversar	- Tópicos familiares	:	0	1	2
	- Tópicos no familiares	:	0	1	2
2. Describir		:	0	1	2
3. Narrar		:	0	1	2
4. Explicar (procedural)		:	0	1	2
5. Fundamentar		:	0	1	2
6. Dar instrucciones		:	0	1	2
7. Seguir instrucciones		:	0	1	2
8. Usar el teléfono	- Tomar mensajes	:	0	1	2
	- Llamar por emergencia	:	0	1	2
	- Hablar con un familiar o amigo(a)	:	0	1	2
	- Pedir información	:	0	1	2
9. Expresar emociones	- Decir lo que sucede	:	0	1	2
10. Expresar opiniones		:	0	1	2
11. Lectura	- Noticias (diario, revista)	:	0	1	2
	- Buscar en el índice	:	0	1	2
	- Buscar en la guía de teléfonos	:	0	1	2
	- Ver programación de la TV	:	0	1	2
	- Comprensión de facturas, boletas	:	0	1	2
	- Avisos económicos	:	0	1	2
	- Artículos (diario, revista)	:	0	1	2
12. Escritura	- Datos personales	:	0	1	2
	- Llenar un formulario	:	0	1	2
	- Hacer una carta	:	0	1	2
	- Escribir el sobre de una carta	:	0	1	2
	- Escribir en una agenda	:	0	1	2
	- Hacer un cheque	:	0	1	2
	- Tomar apuntes (recado)	:	0	1	2
13. Cálculo	- Comprender medidas básicas	:	0	1	2
	- Dinero	:	0	1	2
	- Porcentaje (descuento)	:	0	1	2
	- Sacar cuentas	:	0	1	2
	- Comprar precios	:	0	1	2
14. Necesidades comunicativas integradas	- Comprar (supermercado, tienda)	:	0	1	2
	- Restaurante	:	0	1	2
	- Reunión social	:	0	1	2
	- Ir al cine	:	0	1	2
	- Otras necesidades	:	0	1	2

Observaciones:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA[1]

Nombre: _____Fecha Nac.: _____Edad: _____
Diagnóstico(s): _____

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ULTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud., básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	NO
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO
5.	¿Está Ud., de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	NO
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	NO
9.	¿Prefiere Ud., quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud., actualmente?	SI	NO
13.	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
15.	¿Cree Ud., que las otras personas están en general, mejor que Usted?	SI	NO
	Total:	____	____

[1] Sheikh JL, Yesavage, JA. "Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version," Clinical Gerontology 1986, 5: 165-172.

INTERCONSULTA

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____Edad: _____

Diagnóstico: _____

Derivado(a) a: _____

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Se solicita:

_____

_____

_____

_____

_____

Atentamente

Fonoaudiólogo(a): _____

_____

Firma

Santiago, _____ de _____ del ____

EVALUACION COGNITIVA – LINGÜÍSTICA

González y Leguer (1993)

I) ORIENTACIÓN

1. Persona:
   - Nombre
   - Edad
   - Fecha de Nacimiento
   - Dirección
   - Trabajo / Profesión

2. Lugar :
   - ¿Sabe dónde está?
   - Dígame el nombre del lugar en que está
   - Ciudad / Religión / País

3. Tiempo:
   Día / Mes / Año / Hora / Momento del día

4. Condición:
   - ¿Porqué está aquí?
   - ¿Qué le pasa?
   - ¿Cuándo tuvo el accidente?
   - ¿Cuánto tiempo ha estado aquí?
   - ¿Cuál es su problema principal ahora?

II) MEMORIA INMEDIATA

1. Dígitos (Directos):
   4 – 7 – 3
   5 – 8 – 6
   6 – 1 – 5 – 3
   7 – 4 – 9 – 2
   2 – 7 – 1 – 3 – 4
   3 – 2 – 9 – 5 – 8
   1 – 3 – 7 – 2 – 4 – 9
   8 – 5 – 2 – 4 – 3 – 7

2. Dígitos (Inversos):
   5 – 2
   7 – 9
   2 – 6 – 3
   8 – 4 – 7
   6 – 1 – 4 – 9
   4 – 7 – 6 – 3
   3 – 5 – 8 – 2 – 6
   1 – 3 – 9 – 4 – 5

3. Repetición Verbal:

Palabras:

- Silla
- Botella
- Cuchara
- Bicicleta
- Felicidad
- Remordimiento
- Estupendamente
- Auto – Piso
- Casa – mesa –Peso
- Pala-sopa-masa-boca

ORACIONES:

- EL GRIFO GOTEA
- LAS NARANJAS SON DULCES
- LEVANTE LA TAPA DEL MOTOR
- EL ESPÍA SE ESCAPÓ HACIA LA MONTAÑA
- AYER DIJERON POR LA RADIO QUE MAÑANA PUEDE QUE LLUEVA

4. MEMORIA VERBAL:

    - TEXTO (INMEDIATO / DIFERIDO)

    UNA MUJER / ANCIANA / TENIA UNA GALLINA / QUE PONÍA HUEVOS DE ORO / COMO LA MUJER QUISO TENER PRONTO MUCHO ORO / MATÓ A LA GALLINA / LA ABRIÓ / PARA VER QUE TENÍA DENTRO / Y VIO QUE ERA UNA GALLINA COMO LAS DEMÁS.

    EVOCACIÓN INMEDIATA:

    - ¿QUÉ PERSONA SALE EN LA HISTORIA?
    - ¿QUÉ EDAD TENIA APROXIMADAMENTE?
    - ¿QUÉ ANIMAL SALE EN LA HISTORIA?
    - ¿CÓMO ERAN LOS HUEVOS QUE PONÍA?
    - ¿QUERÍA TENER MUCHO ORO LA MUJER?
    - ¿QUÉ HIZO CON LA GALLINA?
    - ¿QUÉ HIZO DESPUÉS DE MATARLA?
    - ¿PORQUÉ LA ABRIÓ? ¿QUÉ QUERÍA SABER?
    - ¿CÓMO ERA POR DENTRO LA GALLINA?

5. MEMORIA VISUAL:

    - PAREO FORMA (INMEDIATA) / (DIFERIDA)

6. LECTURA DE UN TEXTO:

    - INMEDIATA / DIFERIDA

III) MEMORIA RECIENTE (LAPSO):

1. MANZANA / CERRO / VERDAD
2. ACTIVIDADES RECIENTES

IV) MEMORIA A LARGO TIEMPO

1. INFORMACIÓN BIOGRÁFICA:

    - FAMILIA (PADRE / MADRE / CÓNYUGE / HIJOS / HERMANOS)

2. INFORMACIÓN HISTÓRICA:

    - ¿QUIÉN DESCUBRIÓ AMÉRICA?
    - ¿QUÉ SUCEDIÓ EL 21 DE MAYO DE 1879?
    - ¿QUIÉN FUE BERNARDO O'HIGGINS?
    - ¿QUIÉN ES AUGUSTO PINOCHET?
    - ¿CÓMO SE LLAMA EL PAPA?
    - ¿QUIÉN ES DON FRANCISCO?

3. Información Geográfica:

    - Nombre tres cualidades del norte de Chile
    - ¿Cuál es la capital de Chile?
    - Nombre un río de Chile

4. Información acerca de presidentes (4)

V) SECUENCIAS AUTOMATICAS (control Mental):

1. Contar de 1 a 15 (Directo)
2. Contar de 15 a (Inverso)

VI) DENOMINACION:

1. Objetos:
   Lápiz / moneda / Llave / Lentes / Reloj / Anillo

2. Partes del Cuerpo:
   Ojo / Oreja / Nariz

3. Respuesta Denominativa:

    - ¿Que objeto usamos para peinarnos?
    - ¿Que objeto nos protege de la lluvia?
    - ¿Dónde se compran los remedios?
    - ¿Para qué sirve el cuchillo?
    - ¿Que se hace con el lápiz?

4. Completación de Oraciones:

    - Las vacas dan.....
    - Tomamos la sopa con la.....
    - Encendemos el fuego con el.....
    - Para beber usamos el.....

5. Fluidez Verbal:

    - Nombre Animales
    - Nombre Palabras con P

VII) COMPRENSIÓN VERBAL

1. Ordenes:

    - Cierre los ojos
    - Muéstreme su mano
    - Muéstreme su oreja y nariz
    - Muéstreme el techo y luego el suelo

2. Material Verbal Complejo:

    - ¿Sirve el martillo para cortar madera?
    - ¿Dos kilos de harina pesan mas que uno?
    - ¿Usted se pone los zapatos antes que los calcetines?
    - ¿Viene la primavera antes que el verano?

VIII) LECTURA ORAL

1. Palabras:

   Silla / Circulo / Hamaca

2. Frases

   - Ya lo veo
   - Baja la calle
   - Volví del trabajo a Casa

IX) COMPRENSIÓN DE LECTURA

1. Ordenes Escritas:

   - Cierre los ojos
   - Muéstreme su nariz y luego su oreja
   - Muéstreme el suelo y luego el techo

2. Comprensión de Texto (Lámina 16 del Test de Boston)

X) ESCRITURA

1. Espontánea:
   Nombre

2. Dictado:
   Silla / Auto / Casa

3. Copia:
   Silla / Auto / Casa

4. Escritura descriptiva (Lamina 1 del Test de Boston)

XI) DISCURSO ORAL

1. Conversacional (Verbal / Paralinguístico / No Verbal)
2. Descriptivo
3. Procedural
4. Narrativo

XII) VISUO - CONSTRUCTIVO

1. Dibuje lo siguiente:
   Cuadro / Triangulo / Circulo / Cruz / Cubo

2. Copie (igual):

XIII) CALCULO

1. Oral:
   3+2 / 9-6 / 6x3 / 16:4

2. Problemas:

- Juan tiene 5 naranjas y Antonio 6. ¿Cuántas tienen entre los dos?
- María tiene 9 peras y da 3. ¿Cuántas quedan?

XIV) ABSTRACCIÓN VERBAL

1. Información:
   Termómetro / Londres / Vaticano / Capital de Japón

2. Semejanzas:

- Hacha – Sierra
- Naranja – Plátano
- Perro – León

3. Dichos:

- Al que madruga Dios le ayuda
- Donde manda capitán no manda marinero

XV) ABSURDOS VERBALES / REOLUCION DE PROBLEMAS / RECIOCINIO

1. Diga por qué estas afirmaciones le parecen absurdas:

- El Bebe es más grande que su padre
- Tome tanta agua que me dio sed

2. Explique cómo encontraría usted la siguiente información:

- A que hora abre la tienda de ropa
- La hora de un programa de T.V

3. Qué haría usted si:

- Perdiera su cartera / billetera
- Si le cortaran la corriente de su casa y es de noche
- Si lo muerde un perro

BATERIA PARA LA EVALUACIÓN LÓBULO FRONTAL
"FAB"

Nombre:_____Edad:_____
Fecha de evaluación: _____ N° ficha:_____

I) Semejanzas (conceptualización):

¿En qué se parecen?

a) Un plátano a una naranja.
b) Una mesa a una silla.
c) Un tulipán a una rosa y una margarita.

Ayudar al paciente en caso de fracaso total "no se parecen" o parcial "los dos tienen cáscara", en el primer ítem no los siguientes. Sólo los respuestas de categorías se consideran correctas.

Puntaje: 3 correctas= 3
2 correctas= 2
1 correcta= 1
Ninguna = 0

II) Fluidez léxica (flexibilidad mental):

"Diga todas las palabras que pueda que comienzan con S (animales, plantas, objetos, pero ni nombres ni apellidos). Si no responde en los primeros 5 segundos, decirle "sapo". Por más de 10 segundos insista con cualquier palabra que empiece con "S". tiempo 60 segundos. Las repeticiones o derivaciones (sal, salado) nombres y apellidos no se cuentan.

Puntaje: 10 o más palabras= 3
6 a 9 palabras= 2
3 a 5 palabras= 1
Menos de 3 palabras= 0

III) Secuencias motoras (programación):

"Mire con atención lo que hago". Examinador frente al paciente realiza la prueba de Luria (puño, canto y palma) con la mano izquierda. "Con su mano derecha haga lo mismo que yo, primero juntos y después solo". Examinador hace 3 veces la serie con el paciente y después le dice "ahora hágalo usted sólo".

Puntaje: 6 series consecutivas correctas= 3
3 a 5 series consecutivas correctas= 2
No lo hace sólo pero sí 3 series consecutivas con el examinador= 1
No logra imitar= 0

IV) Instrucciones conflictivas (sensibilidad a la interferencia):

"Cuando yo golpeo una vez, usted debe golpear 2 veces". Para asegurarse que comprendió, se hacen 3 ensayos de 1-1-1.
"Cuando yo golpeo 2 veces, usted debe golpear una vez". Para asegurarse que comprendió las instrucciones se hace serie de 2-2-2.
Examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2

Puntaje: Sin errores= 3
1 a 2 errores= 2
Más de dos errores= 1
Si golpea igual que el examinador al menos 4 veces consecutivas= 0

V) Go- No- Go (control inhibitorio):

"Cuando yo golpeo una vez, usted debe golpear 1 vez". Para asegurarse que comprendió la instrucción, se hace una serie de 3 ensayos de 1-1-1. "Cuando yo golpeo 2 veces, usted no debe golpear". Para asegurarse que comprendió las instrucciones se hace una serie de 3 ensayos de 2-2-2.
Examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2
Puntaje: Sin errores= 3
1 a 2 errores=2
Más de 2 errores=1
Si golpea igual que el examinador al menos 4 veces consecutivas= 0

VI) Conducta de prehensión (autonomía del ambiente):

Examinador se sienta frente al paciente, que tiene las manos sobre sus rodillas, con las palmas hacia arriba. El examinador acerca lentamente sus manos hasta tocar las del paciente para ver si se las toma espontáneamente. Si lo hace dice "ahora no me tome las manos" y vuelve a tocárselas.
Puntaje: No le toma las manos= 3
Duda o pregunta que tiene que hacer= 2
Las toma sin vacilar= 1
Las toma aún después de decirle que no lo haga= 0

EVALUACIÓN COMUNICATIVA

Nombre usuario:
Edad: Escolaridad:
Evaluador(a): Fecha de evaluación:

Consigne la valoración de cada indicador en el espacio asignado para ello.

1.- Intención comunicativa:
Manifiesta, de forma verbal o no verbal, su interés por entablar interacciones comunicativas.
Observaciones: _____

SI	NO

2.- Modalidad comunicativa:

Verbal ____ No verbal ____ Obs.: _____

3.- Funciones comunicativas:

En la interacción comunicativa observada, el usuario utiliza el lenguaje para:
_____
_____
_____
_____
_____
_____

*4.- Competencias conversacionales del **usuario/interlocutor**:*

	SI	NO
Mantiene contacto ocular permanente durante la conversación.	/	/
Inicia, mantiene, cambia y finaliza tópicos de forma apropiada.	/	/
Toma y cede turnos de forma alternante sin existir predominio del rol de emisor o receptor. Se aprecia bidireccionalidad en la interacción.	/	/
Retroalimenta a su interlocutor de forma verbal y no verbal.	/	/
Adecúa el estilo comunicativo al contexto de interacción.	/	/
Evidencia adecuado uso del conocimiento compartido con su interlocutor.	/	/
Identifica y repara quiebres comunicativos. Realiza peticiones de reparación.	/	/

*5.- Aspectos no verbales de la comunicación del **usuario/interlocutor**:*

	SI	NO
Kinésica: emplea gestos faciales y expresión corporal para acompañar sus enunciados.	/	/
Proxémica: mantiene distancia apropiada con el interlocutor.	/	/
Paralingüística: aspectos prosódicos apropiados al contenido del mensaje y al contexto de interacción.	/	/

6.- Perfil comunicativo (usuario/interlocutor):
Tipo de conversador:
Activo (+ iniciador / + respondedor) ___ /___ Pasivo (- iniciador / + respondedor) ___ / ___
No comunicativo (+ iniciador / - respondedor) ___ /___ Inactivo (- iniciador / - respondedor) ___ /___
7.- Estrategias compensatorias: Sí ___ No ___

Descripción:_____
_____
_____
_____

8.- Actividad, participación y factores contextuales:
a) Actividades de la vida diaria relacionadas con la comunicación:
a.1. Básicas (autocuidado; ej.: solicita ayuda para realizar rutinas de aseo personal):

a.2. Instrumentales (involucran mayor uso de habilidades cognitivas generales; ej.: comprende información entregada de forma verbal oral en conversaciones telefónicas):

b) Factores ambientales (consigne los elementos que corresponden según características del caso):

	Facilitador	**Barrera**
1.- Habilidades comunicativas de los cuidadores		
2.- Habilidades comunicativas de sus pares		
3.- Apoyo familiar		
4.- Acceso a la salud (controles médicos y asistencia de urgencia)		
5.- Acceso a la terapia (servicios de rehabilitación)		
6.- Acceso a diversidad de compañeros comunicativos		
7.- Acceso a diversidad de contextos de interacción		
8.- Manejo de ruido ambiental		
9.- Acceso a la información		
10.- Acceso a ayudas técnicas que favorezcan la comunicación y la alimentación (lentes ópticos, audífonos, utensilios adaptados, entre otros)		
10.- Otro: _____		
11.- Otro: _____		
12.- Otro: _____		

b) Factores personales (consigne los elementos que corresponden según características del caso):

	Facilitador	**Barrera**
1.- Disposición a la comunicación en distintos contextos		
2.- Habilidades cognitivas		
3.- Estado afectivo conductual		
4.- Habilidades comunicativas premórbidas		
5.- Condición médica general		
6.- Uso de estrategias compensatorias		
7.- Otro: _____		
8.- Otro: _____		
10.- Otro: _____		

OBSERVACIONES GENERALES/INDICACIONES/SUGERENCIAS:

PAUTA DE VALORACIÓN SUBJETIVA DE LA AUDICIÓN/EQUILIBRIO PARA EL CUIDADOR

Nombre usuario/a:	Edad:
Nombre informante:	Relación:
Pabellón:	Fecha:

El propósito del siguiente cuestionario es contribuir a determinar la presencia de dificultades auditivas/equilibrio y necesidad de derivación audiológica en los residentes. Le solicitamos responder a las preguntas con respuestas sí/no.

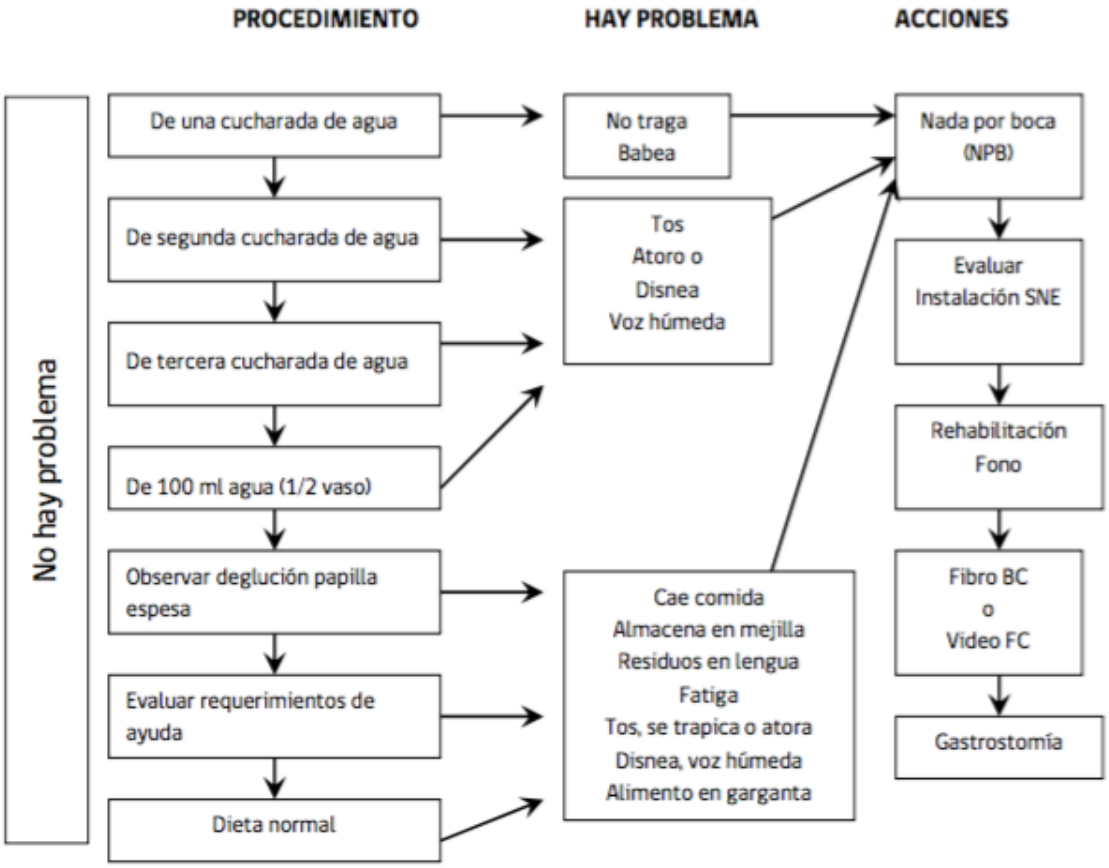
Pregunta	Sí	No
¿El/la usuario/a escucha cuando lo/a llaman desde lejos (sin necesidad de estar mirando en la dirección desde donde lo/a llaman)?		
¿El/la usuario/a pide constantemente que le repitan lo que le dicen?		
¿El/la usuario/a escucha al hablarle en el volumen habitual (sin gritar ni elevar la voz)?		
¿El/la usuario/a necesita/solicita habitualmente que le hablen más fuerte?		
¿El/la usuario/a habla con intensidad elevada o grita al conversar?		
¿El/la usuario/a escucha la campanilla del almuerzo cuando está en alguna sala de estar del hogar?		
¿El/la usuario/a pide subir el volumen de la televisión o radio?		
¿El/la usuario/a tiene problemas para entender una conversación cuando hay ruido en el ambiente?		
¿El/la usuario/a tiene problemas para oír o entender a las personas que le hablan cuando no están frente a él?		
¿El/la usuario/a refiere molestia frente a ruidos intensos o cuando le habla al oído a intensidad elevada?		
¿El/la usuario/a refiere ruidos constantes en uno o ambos oídos?		
¿El/la usuario/a se queja de dolor de oídos? *¿Con qué frecuencia?_____	*	
¿Ha observado que el/la usuario/a se desvíe hacia los lados, hacia adelante o hacia atrás cuando se desplaza de un lugar a otro?		
¿Cree usted que la marcha del/la usuario/a es inestable?		
¿El/la usuario/a ha sufrido caídas en el último tiempo? *¿Con qué frecuencia?_____	*	

Muchas gracias por su colaboración.

Prueba del Vaso de Agua

Paciente vigil	Si	No
Puede hablar y toser	Si	No
Puede tragar su saliva	Si	No

Si cualquiera es **No**, no alimentar antes de evaluación
Si todas son **Si**, prepare al paciente. Sentado a 90º



EAT-10
Una herramienta de detección deglución

APELLIDO	NOMBRE	SEXO	EDAD	FECHA

OBJETIVO

EAT-10 Ayuda a medir las dificultades para deglutir
Puede ser importante que hable con su médico acerca de las opciones para los síntomas

A. INSTRUCCIONES

Responder a cada pregunta escribiendo el número de puntos en los recuadros.
¿Hasta qué punto experimenta los siguientes problemas?

1 Mi problema de deglución me ha hecho perder peso.
0 = sin problema
1
2
3
4= problema grave ❑

2 Mi problema de deglución interfiere con mi capacidad para salir a comer.
0 = sin problema
1
2
3
4= problema grave

3 Ingerir líquidos requiere un esfuerzo adicional.
0 = sin problema
1
2
3
4= problema grave ❑

4 Comer sólidos requiere un esfuerzo adicional.
0 = sin problema
1
2
3
4= problema grave ❑

5 Pasar las píldoras requiere un esfuerzo adicional.
0 = sin problema
1
2
3
4= problema grave ❑

6 Deglutir es doloroso.
0 = sin problema
1
2
3
4= problema grave ❑

7 El placer de comer se ve afectado al deglutir.
0 = sin problema
1
2
3
4= problema grave ❑

8 Al deglutir la comida se pega a la garganta.
0 = sin problema
1
2
3
4= problema grave ❑

9 Toso cuando como.
0 = sin problema
1
2
3
4= problema grave ❑

10 Comer es estresante.
0 = sin problema
1
2
3
4= problema grave ❑

B. PUNTUACIÓN

Suma el número de puntos y escribe tu puntuación total en los recuadros.
Pintaje total (máximo 40 puntos) .

MASA

Vigilia	2 Sin respuesta	5 Dificultades para despertar	8 Fluctuante	10 Alerta	
Cooperación	2 Sin Cooperación	5 Reluctante	8 Fluctuante	10 Cooperador	
Comprensión Auditiva	2 Sin / Mínima Respuesta	4 Respuesta Motriz Ocasional	6 Sigue conversación Simple	8 Sigue conversación Normal	10 S/D
Respiración	2 Muy Comprometido	4 Crepitaciones gruesas / Con KTR	6 Crepitaciones Finas	8 Maneja Secreciones	10 S/D
Frecuencia Respiratoria al Deglutir	1 Sin Control Independiente	3 Algo de Control / Descoordinación	5 Capaz de Controlar frecuencia respiratoria		
Afasia	1 N/E	2 Sonidos/palabras aisladas	3 Se expresa limitadamente	4 Leve anomia	5 S/D
Apraxia	1 N/E	2 Inseguridad significativa	3 Discurso Alterado	4 Discurso preciso luego de ensayos	5 S/D
Disartria	1 N/E	2 Discurso Ininteligible	3 Discurso Inteligible pero defectuoso	4 Lento con vacilación ocasional	5 S/D
Saliva	1 Pérdida de Saliva Franca	2 Pérdida de saliva ocasional	3 Pérdida de saliva en habla en fatiga	4 Espumosa / expectorado en taza	5 S/D
Sellado de Labios	1 Sin Cierre. N/E	2 Cierre Incompleto	3 Debilidad Unilateral	4 Incapacidad Leve, Fuga Ocasional	5 S/D
Movimiento Lingual	1 Sin Movimiento	4 Movimiento Mínimo	6 Movimiento Incompleto	8 Leve Disminución en el rango leve	10 S/D
Fuerza Lingual	2 Debilidad Grave	5 Debilidad Unilateral Obvia	8 Debilidad Mínima		10 S/D
Coordinación Lingual	2 Sin movimiento, N/E	5 Incoordinación Grave	8 Incoordinación Leve		10 S/D
Preparación Oral	2 N/E	4 Sin Formación del Bolo	6 Mascado Mínimo	8 Escape de Bolo	10 S/D
Reflejo Nauseoso	1 Sin Respuesta	2 Ausente Unilateral	3 Disminuido Unilateral	4 Disminuido Bilateral	5 S/D
Paladar	2 Sin Elevación	4 Elevación Mínima	6 Debilidad Unilateral	8 Ligera Asimetría	10 S/D
Limpieza del Bolo	2 Sin Limpieza	5 Quedan Residuos	8 Limpieza Significativa		10 S/D
Tránsito Oral	2 Sin movimiento, N/E	4 Retraso mayor a 10 segundos	6 Retraso mayor a 6 segundos	8 Retraso mayor a 1 segundo	10 S/D
Reflejo Tusígeno	1 No Observado	3 Tos Débil			5 S/D
Tos Voluntaria	2 N/E	5 Intento Inadecuado	8 Tos de mediana calidad		10 S/D
Voz	2 Afónico, N/E	4 Voz Húmeda	6 Dificultad en Controlar Tono/Volumen	8 Leve Ronquera	10 S/D
Traqueostomía	1 TQT con CUFF	5 TQT Fenestrada o Sin CUff			10 Sin TQT
Fase Faríngea	2 No Inicia, N/E	5 Elevación Laríngea Incompleta	8 Leves Alteraciones		10 S/D
Respuesta Faríngea	1 Sin capacidad, gorgoreo	5 Tos antes, durante o después de deglutir			10 S/D

GUSS

(Gugging Swallowing Screen)

Nombre:	Edad:
Nº de ficha:	Fecha de Evaluación:
Antecedentes clínicos:	

1. Investigación Preliminar / Prueba Indirecta de Deglución

	Sí	*No*
Vigilancia (El paciente debe estar alerta al menos 15 minutos)	1 ☐	0 ☐
Tos y/o carraspeo (tos voluntaria) (El paciente debe toser o carraspear 2 veces)	1 ☐	0 ☐
Deglución de Saliva: ▪ Deglución exitosa	1 ☐	0 ☐
▪ Sialorrea	0 ☐	1 ☐
▪ Cambios en la voz (ronca, húmeda, débil)	0 ☐	1 ☐
TOTAL	(5)	
	1 – 4 = Investigar más a fondo[1]	
	5 = Continuar con 2ª parte	

2. Prueba Directa de Deglución (Material: agua, cucharaditas de té, espesante de alimentos, pan).

En el siguiente orden:	**1 →** **SEMISÓLIDO***	**2 →** **LÍQUIDO****	**3 →** **SÓLIDO*****
DEGLUCIÓN:			
▪ Deglución no es posible	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Deglución retrasada (> 2 sg.) (texturas sólidas > 10 sg.)	1 ☐	1 ☐	1 ☐
▪ Deglución exitosa	2 ☐	2 ☐	2 ☐
TOS (involuntaria): (antes, durante y después de la deglución, hasta 3 minutos después)			
▪ Sí	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
SIALORREA:			
▪ Sí	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
CAMBIOS EN LA VOZ: (escuchar antes y después de la deglución. El paciente debiera decir /O/)			
▪ Sí	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ No	1 ☐	1 ☐	1 ☐
TOTAL	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = Investigar más a fondo[1]	1 – 4 = Investigar más a fondo[1]	1 – 4 = Investigar más a fondo[1]
	5= Continuar con Líquido	5= Continuar con Sólido	5= Normal

PUNTAJE TOTAL: (Prueba Indirecta y Directa de Deglución) _____ (20)

*	Primero administrar, 1/3 y 1/2 de cucharadita de agua con espesante (consistencia como pudín). Si no hay síntomas dispensar 3 a 5 cucharaditas. Evaluar después de la 5ª cucharada.
**	3, 5, 10, y 20 ml de agua en taza. Si no hay síntomas continuar con 50 ml de agua (Daniels et al. 2000; Cottlieb et al. 1996). Evaluar y parar cuando uno de los criterios aparezca.
***	Clínico: Pan seco (repetir 5 veces); FEES: pan seco con colorante.
1	Utilizar estudios funcionales como Videofluoroscopía (VFES), Fibroscopía (FEES).

GUSS
(Gugging Swallowing Screen)
GUSS – EVALUATION

	Resultados	Código de gravedad	Recomendaciones
20	Éxito con las texturas semisólido, líquido y sólido.	Leve/ Sin Disfagia Mínimo riesgo de aspiración.	• Dieta normal • Líquidos regulares (la primera vez bajo la supervisión de un Fonoaudiólogo o una Enfermera entrenada).
15 - 19	Éxito con las texturas semisólido y líquido. Fracaso con la textura sólida.	Disfagia Leve con un bajo riesgo de aspiración.	• Dieta para Disfagia (puré y alimentos blandos). • Líquidos muy lentamente – un sorbo a la vez. • Evaluación funcional de la deglución, tales como Evaluación Fibroscópica de la Deglución (FEES) ó Evaluación Videofluoroscópica de la Deglución (VFES). • Derivar a Fonoaudiólogo.
10 - **14**	Éxito al deglutir semisólidos. Fracaso al deglutir líquidos.	Disfagia Moderada con riesgo de aspiración.	La dieta para disfagia comienza con: • Textura semisólida, tales como alimentos para bebés y alimentación parenteral adicional. • Todos los líquidos deben ser espesados. • Las píldoras deben molerse y mezclarse con líquido espeso. • Ninguna medicación líquida. • Evaluaciones funcionales de la Deglución (FEES, VFES). • Derivar a Fonoaudiólogo. Suplemento con Sonda Nasogástrica o Alimentación Parenteral.
0 - 9	Fracaso en investigación preliminar o fracaso al deglutir semisólidos.	Disfagia Severa con alto riesgo de aspiración	• Nada por boca. • Evaluaciones funcionales de la Deglución (FEES, VFES). • Derivar a Fonoaudiólogo. Suplemento con Sonda Nasogástrica o Alimentación Parenteral.

NATIONAL OUTCOMES MEASUREMENT SYSTEM (NOMS). DEGLUCIÓN

Nivel	Caracterización
Nivel 1	Alimentación por boca no segura, toda hidratación o nutrición debe ser recibida por medios no orales.
Nivel 2	Alimentación por boca no segura, sin embargo, puede recibir algunas consistencias sólo con supervisión terapéutica. Método alternativo de alimentación requerido.
Nivel 3	Método de alimentación alternativo es requerido debido a la ingesta de menos del 50% por boca o la alimentación es segura sólo con supervisión, estrategias compensatorias y alta restricción de consistencias.
Nivel 4	Deglución es segura. Necesita algunas estrategias compensatorias y restricción de algunas consistencias (alimentación supervisada).
Nivel 5	Deglución es segura. Requiere mínimas estrategias compensatorias y mínimas restricciones de consistencias. Toda la nutrición e hidratación es por boca.
Nivel 6	Deglución es segura, pudiendo requerir ayudas ocasionales. El paciente es capaz de manejar sus propias dificultades cuando éstas puedan ocurrir. Puede necesitar evitar alimentos específicos o necesitar más tiempo.
Nivel 7	La alimentación independiente no está limitada por el mecanismo deglutorio. La deglución es segura y eficiente para todas las consistencias.

ESCALA DE FUJISHIMA

GRADO DE SEVERIDAD	NIVEL	DESCRIPCIÓN
SEVERO	1	La deglución es difícil o imposible. Existen signos de aspiración y no existe reflejo de deglución. No es posible realizar entrenamiento de la deglución.
	2	Presencia de aspiración, pero tiene la capacidad de rehabilitarse desde el punto de vista de la deglución de manera indirecta en un comienzo.
	3	A pesar de que existen signos clínicos de aspiración, se puede realizar entrenamiento directo de la deglución, pudiendo alimentarse sólo al ser entrenado. El resto del aporte es vía enteral completo.
MODERADO	4	La alimentación es enteral, pero es capaz de recibir aportes vía oral durante el tratamiento fonoaudiológico o por gusto en pequeñas cantidades con cuidadores entrenados.
	5	Alimentación vía oral 1 vez al día con alimentos adaptados de acuerdo al tratamiento. Vía de alimentación enteral para el agua y resto de las comidas.
	6	Puede alimentarse vía oral 3 veces al día con alimentos acordes a los indicados en tratamiento fonoaudiológico. No puede tomar líquidos vía oral.
LEVE	7	Come 3 comidas vía oral más agua con espesante.
	8	Puede comer normal salvo por alimentos específicos que dificultan la deglución. Puede consumir agua.
	9	Come todo vía oral con supervisión.
	10	Normal

ESCALA DOSS

Nivel	Severidad	Características	Tipo de nutrición
Nivel 1	Disfagia severa	Incapaz de tolerar ningún alimento por vía oral de forma segura.	Es necesaria una nutrición no oral
Nivel 2	Disfagia moderada/ severa	Asistencia máxima o uso de estrategias para una nutrición por vía oral parcial (tolera al menos una consistencia de modo seguro con un uso total de estrategias).	Es necesaria una nutrición no oral
Nivel 3	Disfagia moderada	Uso total de asistencia, supervisión o estrategias (dos o más consistencias restringidas en la dieta).	Nutrición total por vía oral: dieta modificada
Nivel 4	Disfagia leve/ moderada	Supervisión intermitente (una o dos consistencias restringidas en la dieta)	Nutrición total por vía oral: dieta modificada
Nivel 5	Disfagia leve	Supervisión distante (puede tener una consistencia restringida en la dieta)	Nutrición total por vía oral: dieta modificada
Nivel 6	Deglución funcional	Sin limitaciones funcionales/independencia modificada	Nutrición total por vía oral: dieta normal
Nivel 7	Deglución normal	Deglución normal en todas las situaciones, dieta normal, no necesita estrategias ni tiempo extra.	Nutrición total por vía oral: dieta normal

ESCALA FOIS

Niveles de Funcionalidad para la Ingesta Oral	Características
Dependiente de Vía de Alimentación Alternativa	
Nivel 1	Nada por vía oral
Nivel 2	Dependiente de alguna vía alternativa y mínima vía oral de alimentos o líquidos
Nivel 3	Dependiente de vía alternativa con consistente vía oral de alimentos o líquidos
Ingesta por vía Oral Exclusiva	
Nivel 4	Vía oral total de una única consistencia
Nivel 5	Vía oral total con múltiples consistencias, pero con necesidades de preparación especial o compensaciones
Nivel 6	Vía oral total con múltiples consistencias, sin necesidades de preparación especial o compensaciones, pero con restricciones alimentarias
Nivel 7	Vía oral total sin restricciones.

UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

EJEMPLOS FORMATO
INFORME FONOAUDIOLÓGICO

INFORME FONOAUDIOLÓGICO

Santiago, XX de YY de 201X

I. DATOS PERSONALES

Nombre :
RUT :
Fecha Nacimiento :
Edad :
Lateralidad :
Escolaridad :
Ocupación :

II. HISTORIA CLÍNICA

III. EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA

La evaluación fue realizada por quien informa, a través de

Completar los resultados de evaluación en las dimensiones correspondiente, según sea el caso.

- **Evaluación de Deglución:**
- **Evaluación Habla:**
- **Evaluación de Lenguaje:**
- **Evaluación Cognitiva:**

IV. DIAGNÓSTICO(s) FONOAUDIOLÓGICO(s)

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación anteriormente descrita, se concluyen los siguientes diagnósticos fonoaudiológicos:

V. INDICACIONES Y SUGERENCIAS

Se extiende el presente informe para los fines que el interesado estime conveniente.

NOMBRE
FIRMA

INFORME FONOAUDIOLÓGICO

I. Antecedentes de identificación.

Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Lateralidad:	Fecha de evaluación:
Escolaridad:	
Fecha de ingreso al hogar:	
Motivo de consulta:	
Evaluador(a):	

II. Antecedentes anamnésicos relevantes (antecedentes de ingreso, antecedentes familiares y psicosociales, historia clínica especificando antecedentes mórbidos relevantes, fechas de diagnósticos, profesionales que realizan dichos diagnósticos, tratamientos en curso, medicamentos, controles en consultorio o en el hogar, entre otros).

III. Descripción del paciente (estado de alerta, aspecto facial, aspecto corporal, aspectos sensoriales, aspectos motores, comportamiento general, necesidad de apoyo externo/descripción, relación con pares y evaluador).

IV. Contextualización (lugar, participantes, descripción general de las actividades, materiales, distractores, número de sesiones de evaluación).

V. Procedimientos e instrumentos de evaluación aplicados (nombre completo, autor, año).

VI. Descripción de los resultados de la evaluación (en función de la CIF: funciones y estructuras corporales, actividad, participación, factores personales y ambientales).

VII. Diagnóstico Fonoaudiológico (descriptivo o categoría diagnóstica conocida).

VIII. Pronóstico (factores que favorecen y factores que limitan, además de una valoración final).

IX. Observaciones generales.

X. Indicaciones y sugerencias de intervención (necesidad de intervención fonoaudiológica, de evaluaciones complementarias, fecha de reevaluación).

XI. Plan de intervención (objetivos de terapia).

_____

Identificación del evaluador

UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

EJEMPLOS FORMATO
PLANES DE TRATAMIENTO

PLAN DE INTERVENCIÓN

Santiago, XX de YY de 201X

I. DATOS PERSONALES

Nombre :
RUT :
Fecha Nacimiento :
Edad :
Lateralidad :
Escolaridad :
Ocupación :

II. HISTORIA CLÍNICA

III. DIAGNÓSTICO(s) FONOAUDIOLÓGICO(s)

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación anteriormente realizada, se concluyen los siguientes diagnósticos fonoaudiológicos:

IV. PLAN DE INTERVENCIÓN

A. Objetivos Generales

B. Objetivos Específicos

C. Metodología

Enfoque	
Estrategia	
Naturaleza del Procedimiento	
Participantes	

D. Actividades

Actividad 1	
Objetivo	
Descripción de la Actividad	
Instrucciones operacionalizadas	
Materiales	
Modalidad estímulo de entrada	
Modalidad respuesta	
Ayuda y Apoyos	
Criterio de logro	
Criterio de rendimiento	
Pauta de registro	

Actividad 2	
Objetivo	
Descripción de la Actividad	
Instrucciones operacionalizadas	
Materiales	
Modalidad estímulo de entrada	
Modalidad respuesta	
Ayuda y Apoyos	
Criterio de logro	
Criterio de rendimiento	
Pauta de registro	

Actividad 3	
Objetivo	
Descripción de la Actividad	
Instrucciones operacionalizadas	
Materiales	
Modalidad estímulo de entrada	
Modalidad respuesta	
Ayuda y Apoyos	
Criterio de logro	
Criterio de rendimiento	
Pauta de registro	

(Repetir el número de actividades según sea necesario)

V. PRONÓSTICO

VI. INDICACIONES Y SUGERENCIAS

_____

NOMBRE
FIRMA

PLAN DE TRATAMIENTO

I. Antecedentes de identificación.

Nombre del usuario:

Fecha de nacimiento: Edad:

Lateralidad:

Escolaridad: Estado civil:

II. Motivo de consulta.

III. Síntesis diagnóstica.

IV. Objetivos de terapia.
   a. Generales:
   b. Específicos:

V. Modalidad: Individual ___ Grupal ___

VI. Enfoque: Directo ___ Indirecto ___

VII. Coterapeuta (nombre y parentesco):

VIII. Programación de las sesiones.
   a. Número:
   b. Duración aproximada:
   c. Lugar:
   d. Participantes:
   e. Organización (etapas de una sesión tipo):

IX. Actividades (descripción de una actividad propuesta para iniciar la terapia):

Actividad 1:
Objetivo:
Materiales:
Instrucciones (incluye ejemplo):
Procedimiento (pasos a seguir, ayudas, refuerzos y respuesta esperada):

Actividad 2:
Objetivo:
Materiales:
Instrucciones (incluye ejemplo):
Procedimiento (pasos a seguir, ayudas, refuerzos y respuesta esperada):

Actividad 3:
Objetivo:
Materiales:
Instrucciones (incluye ejemplo):
Procedimiento (pasos a seguir, ayudas, refuerzos y respuesta esperada):

(Repetir el número de actividades según sea necesario)