

*Claudia Tatiana Escorcía Mora (1)*

*María Cristina Sánchez López. (2)*

*Francisco Alberto García Sánchez (2)*

*(1) Universidad Católica de Valencia. Centro de Atención Temprana UCV. Valencia, España.*

*(2) Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad de Murcia. España*

## **RESUMEN**

La preocupación por la adhesión a los tratamientos ha sido un tema relevante en campos como la Pediatría, centrado sobre todo en el cumplimiento de las recomendaciones en la ingesta de medicamentos y cumplimiento de recomendaciones de índole clínica. En la actualidad, diversas investigaciones dan a la adhesión un enfoque más global y flexible, en donde interactúan factores individuales, sociales y familiares. En Atención Temprana (AT) y en particular en logopedia, este fenómeno ha sido poco estudiado, aún sabiendo que es de vital importancia conocer la forma en que los logopedas transmiten las pautas y recomendaciones a la familia y cómo ésta las sigue y las pone en práctica dentro de su entorno.

Este estudio recoge la opinión de logopedas y estimuladores de AT, sobre los factores que contribuyen a mejorar o limitan la adhesión al seguimiento de las orientaciones y recomendaciones dirigidas al fomento de la comunicación y el desarrollo del lenguaje.

A través del desarrollo de dos Grupos Focales (uno de profesionales, con 16 participantes de diferentes centros) y otro de familias (con 12 participantes) y técnicas cualitativas de análisis de contenidos, hemos realizado un estudio descriptivo inicial de las metodologías empleadas en la transmisión de las recomendaciones terapéuticas a las familias (cuidador principal). Todos los participantes en el estudio pertenecen a algunos de los 23 Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de la Comunidad Valenciana. Los resultados obtenidos nos han permitido delimitar la serie de dimensiones y factores que profesionales y cuidadores primarios entienden que deben ser tenidos en cuenta para favorecer el seguimiento de las pautas ofrecidas a las familias y contribuir a asegurar así el éxito de la intervención en problemas de comunicación y lenguaje.

## **PALABRAS CLAVE**

Adhesión, Recomendaciones terapéuticas, familia, Intervención comunicación y lenguaje, Atención Temprana.

## **INTRODUCCIÓN**

Cuando hablamos de adhesión a un tratamiento, tenemos que reconocer la falta de consenso que existe entre los investigadores a la hora de utilizar los términos adherencia, adhesión y cumplimiento o compliance. Podemos afirmar que en general Los términos “adherencia” y “cumplimiento” se emplean, de forma indistinta. En un principio, solamente se empleaba el término “cumplimiento” para definir la correcta toma de los medicamentos o seguimiento de la dieta. Sin embargo, algunos autores introducen el uso del término “adherencia”, considerando que define una actitud del paciente, refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el facultativo, con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico, concreción de cambios de estilos de vida y modificación de conductas. Mientras, otros autores defienden el concepto de adhesión que además de lo anterior, implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud en general e incorpora las creencias y actitudes del paciente y su entorno como factores relevantes a ser tomados en cuenta (Martín, 2004).

A efectos de esta investigación utilizaremos el término “Adhesión” por considerarlo el más completo y adecuado a la población a la que va dirigido el estudio.

La adhesión terapéutica es uno de los retos más importantes de la medicina en general, la psiquiatría y la psicología (Hernández, 2009). Frente a los avances producidos en la última década en los tratamientos psicofarmacológicos, el problema de la adhesión no ha experimentado un progreso similar, ni significativo. Afortunadamente, existe una corriente dentro de la comunidad científica que está reconsiderando las formas en las que se desarrolla la práctica clínica a todo nivel. Se está dedicando tiempo y esfuerzo para reducir el problema de la No adhesión a los tratamientos en los diferentes contextos clínicos. Empieza a suponerse, que se trata de una conducta que debe ser entendida a partir de diversas dimensiones, desde los aspectos propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacionales donde interviene la comunicación con el profesional de la salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar, hasta el papel de la organización de los servicios de salud (Martín, 2004).

Desde hace algunos años se viene estudiando el concepto de adhesión al tratamiento no sólo en su vertiente farmacológica. Su uso se ha ampliado al seguimiento que se hace por parte del paciente y su familia a las recomendaciones de los profesionales de la salud (D'Anello Koch, 2006). Y no solo en casos de tratamientos médicos, sino también en casos de tratamientos conductuales o en el campo de la Atención Temprana (Lillo, 2008).

Nuestra investigación, está muy relacionada con este último factor, por lo que dedicaremos un apartado especial a desarrollar los aspectos vinculados con las intervenciones centradas en la familia y su asociación con los niveles de adhesión.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido presentando, es importante realizar una aproximación al fenómeno de la adhesión pediátrica y más exactamente con la relacionada al ámbito de la atención temprana.

Algunos autores como De Civita (2005), postulan que la adhesión pediátrica, no debe abordarse de una forma dicotómica, sino que deben tenerse en cuenta tres componentes esenciales: el cuidador principal, el niño y el equipo terapéutico.

**Cuidador principal:** Aquella persona que con mayor frecuencia se ocupe de los asuntos relacionados con el niño.

**El niño:** como objeto de cuidado.

**El equipo terapéutico:** que en la población pediátrica y más específicamente en Atención temprana es multidimensional tanto en los equipos terapéuticos como en los tratamientos.

De hecho, la tríada que se establece entre terapeuta (o terapeuta-tutor), niño y familia (o madre), se ha destacado con especial importancia para el éxito de la intervención (Castellanos, García Sánchez, Mendieta, Gómez López y Rico, 2003; Diez, 2008; Perpiñan, 2009).

En el campo de la Atención Temprana (AT), el concepto de adhesión a las recomendaciones de los profesionales, aún no ha sido explorado en profundidad. Y esto aunque, atendiendo a la definición de la disciplina y a sus objetivos, dicha adhesión resulta un elemento que claramente puede ser determinante en el éxito de la intervención realizada (GAT, 2000, 2005).

Un reciente trabajo realizado en la Universidad de Murcia (Lillo, 2008) ha evidenciado la existencia de adhesión inadecuada a los programas domiciliarios de fisioterapia entre los padres de niños con discapacidad motriz atendidos en servicios de AT. Este mismo trabajo señala la no existencia de estudios

sobre la adhesión terapéutica a los diversos tipos de consejos o ejercicios o a sus componentes de dosificación (frecuencia y duración), que recomiendan los fisioterapeutas y otros profesionales a los padres. Igualmente, en sus conclusiones se señala la posible existencia de diferencias importantes en la adhesión de los padres a las recomendaciones realizadas por los diferentes profesionales que conforman los equipos de intervención interdisciplinar en la disciplina. Señala además, la importancia de considerar y tener presente el punto de vista de los propios padres a la hora de delimitar los factores asociados a esa adhesión y la realización de propuestas de mejora para su potenciación.

Se considera que la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores, denominados “dimensiones”, de los cuales, los factores relacionados con el paciente son un solo determinante (figura 1).

Las cinco dimensiones son:

- factores socioeconómicos,
- factores relacionados con el equipo y los sistemas de atención sanitaria,
- factores relacionados con el tratamiento,
- factores relacionados con el paciente y
- factores relacionados con la enfermedad,

Todos deben considerarse en una exploración sistemática de los factores que influyen sobre la adherencia y las intervenciones dirigidas a mejorarla.

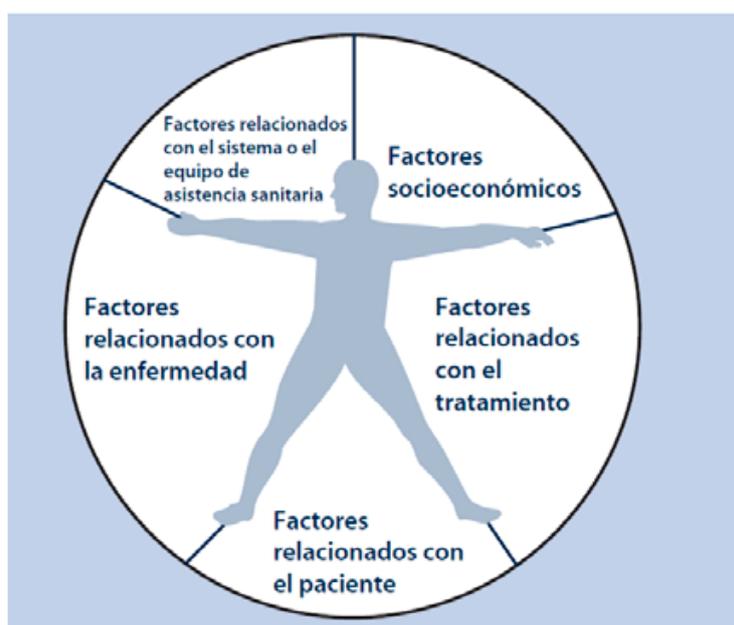


Figura. 1: Dimensiones que interactúan en la adherencia terapéutica.

Estas dimensiones cobran un especial sentido cuando hablamos de AT, donde no recomendamos un mero tratamiento, sino que buscamos una aproximación integral al desarrollo global del niño a parte de la intervención que lleva al impulso y generación de entornos competentes para el desarrollo del niño. Aquí, la adhesión de los lactantes y los niños pequeños a los regímenes recomendados de “tratamiento”, en gran parte, es determinada por la capacidad del padre y/o el tutor, para comprender y seguir las recomendaciones y orientaciones facilitadas. A medida que la edad aumenta, los niños tienen la capacidad cognitiva para llevar a cabo algunas de las tareas planteadas, pero sigue necesitando supervisión de sus padres. La familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes, usuarios, clientes, se convierten entonces en un factor clave para el éxito de la intervención. La OMS, confirma que la responsabilidad

familiar compartida de las tareas de tratamiento y el refuerzo continuo parecen ser factores importantes para perfeccionar la adherencia al tratamiento prescrito para la población pediátrica. Además de la supervisión de los padres, las técnicas comportamentales diseñadas para ayudar a los niños, como la fijación de metas, el dar sugerencias y las recompensas o señales, se ha descubierto que mejoran la adherencia terapéutica en la población en edad escolar.

Haciendo un recorrido por la literatura científica, hemos recopilado los factores relacionados con la adherencia terapéutica, para intentar analizarlos y encontrar aquellos que están más relacionados con el mundo de la AT. En la presente investigación, se han mantenido las cinco dimensiones que propone la OMS, cambiando algunos factores, incorporando otros conceptos y aspectos propuestos por diferentes autores, así como múltiples elementos que, en conjunto, consideramos hacen el estudio de la adhesión más completo en el campo de la AT. Estas dimensiones se estructuran así:

<b>Factores Relacionados con el Paciente/Usuario/Cliente</b>
Variables Sociodemográficas: Edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico Autoeficiencia Motivación Sensación de competencia familiar Estilo de afrontamiento al estrés Locus de control
<b>Factores Relacionados con la Enfermedad y el Régimen Terapéutico</b>
Gravedad Sintomatología Grado de discapacidad/limitaciones de la actividad Duración de la problemática...patología Antecedentes Personales Antecedentes Familiares Hospitalizaciones Complejidad de las pautas Costos Efectos secundarios
<b>Factores Relacionados con la Relación Profesional-Paciente/Usuario/Cliente</b>
Confianza, adaptación y Flexibilidad Información Alianza terapéutica Metas de la intervención Creación vínculo afectivo terapeuta-paciente
<b>Factores Relacionados con la Estructuras de Salud. Organización de los servicios</b>
Accesibilidad al sistema Tiempos de espera Concertación de citas Costos
<b>Factores Relacionados con la Familia, Entorno y Comunidad</b>
Implicación y competencia de la familia Conocimientos generales de salud...crianza, evolutiva, psicología infantil Conflictos familiares Relación con otros agentes sociales: Escolares y Laborales Estigmatización

*Figura 2. Relación de Factores relacionados con las dimensiones de Adhesión.*

Estos factores interactúan de manera importante en los nuevos enfoques de intervención en AT, que apuntan a una colaboración estrecha entre familias y profesionales, en donde es necesaria la modificación de conductas y cambios en los estilos de interacción y educación, lo que implica un mayor grado de adhesión a las orientaciones de los profesionales.

## MÉTODO

### Participantes

Para llevar a cabo nuestra investigación, realizamos dos grupos focales: uno de profesionales y otro de padres/madres de niños con necesidades de Atención Temprana y, específicamente, trastornos o dificultades en la comunicación y el lenguaje.

En el Grupo Focal de profesionales terapeutas de Atención Temprana, participaron un total de 15 profesionales (11 Logopedas y 4 Terapeutas de Estimulación); todos ellos de las provincias de Valencia (11 profesionales) y de Castellón (4 profesionales).

La configuración del Grupo Focal de profesionales tuvo en cuenta incluir profesionales relacionados con el ámbito de la logopedia y la estimulación sensoriomotriz (tratamiento global que habitualmente se prescribe a todos los niños al inicio de su programa de intervención en Atención Temprana), que desempeñasen su función en CDIATs de la comunidad Valenciana.

Por su parte, en el Grupo Focal de familias participaron un total de 13 familiares (5 padres y 8 madres) cuyos niños recibían Atención Temprana en algún CDIAT de las provincias de Castellón (4 familiares) y Valencia (9 familiares), coincidiendo con los mismos CDIATs de los que procedían los profesionales que participaron en el Grupo Focal inicial.

Para la constitución de este Grupo Focal de familias, se contó con la colaboración de los asistentes al Grupo Focal de profesionales. A través de ellos se llevó a cabo un muestreo intencional no probabilístico para la localización de padres que, de manera voluntaria e informada, desearan participar en el estudio y que además cumpliesen los criterios de inclusión previstos y que fueron los siguientes:

- a. Ser el cuidador principal de un niño con problemas de lenguaje y comunicación.
- b. Entre las necesidades de atención / intervención del niño en el Centro de Atención Temprana se encuentra la presencia de trastornos o dificultades en la comunicación y el lenguaje, según los criterios diagnósticos recogidos en la ODAT en el nivel 2, eje 4: trastornos del lenguaje (4F) y trastornos de la relación y la comunicación (4J).
- c. Que hayan iniciado la intervención por el profesional/terapeuta de atención temprana al menos 3 meses antes. d. No padezcan una enfermedad física o psíquica que le impida la participación o asistencia al Grupo Focal.
- e. Tengan capacidad para comunicarse en castellano o valenciano.

### Procedimiento

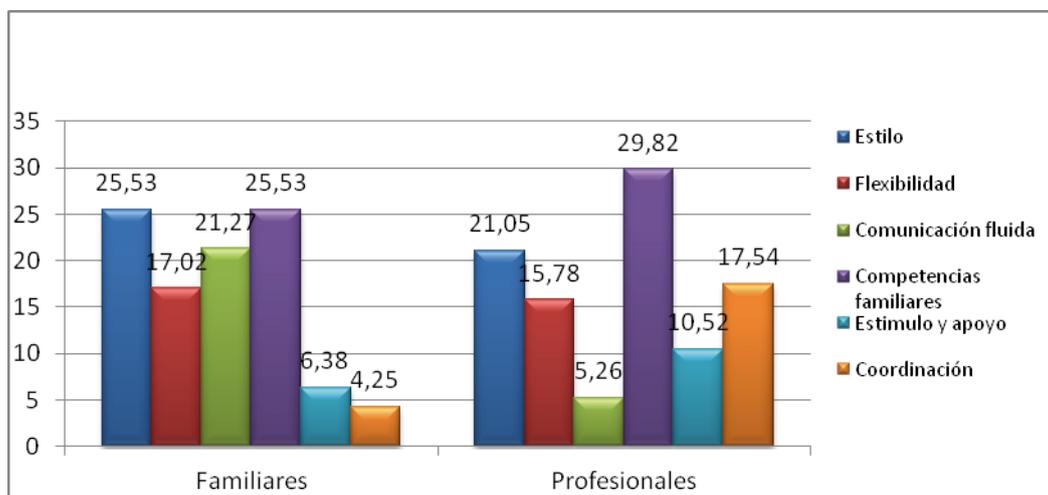
Para los dos grupos, una vez seleccionados los participantes, se les convocó a una reunión, (de manera independiente) en la que estaban presentes un observador y un moderador, quien tenía un guión preparado para la ocasión. Las sesiones se realizaron en el Colegio Oficial de Logopedas de la Comunidad Valenciana (profesionales) y en un aula de la Universidad católica de Valencia (familias). Tuvieron una duración aproximada de 120-150 minutos. Toda la reunión fue grabada y posteriormente transcrita, para su posterior análisis. De la literatura científica, se identificaron una serie de categorías que se relacionaron con los datos obtenidos en la discusión.

**Resultados**

Las discusiones de los grupos focales dieron lugar a una serie de categorías. La tabla 2, muestra la comparación de las categorías encontradas en los dos grupos. Observamos la frecuencia y el porcentaje de presentación de los datos correspondientes a cada categoría.

Categoría	% Fam.	% Prof.	% Fam.	Frec.	% Prof.	Frec.	Total Frecuencia
A. Estilo de transmisión de la información	50	50	25'53	12	21,05	12	24
Oral	50	50	33,3%	4	33'30	4	8
Escrita	28,57	71,43	17,0%	2	41'76	5	7
Modelado	66,67	33,33	33,3%	4	16'76	2	6
Interacción en entornos naturales	66,67	33,33	17,0%	2	8'33	1	3
B. Flexibilidad y Adaptación.	47,06	52,94	17'02	8	15,78	9	17
C. Comunicación Fluida	76,92	23,08	23'80	10	5,26	3	13
D. Competencias Familiares.	41,38	58,62	25'53	12	29,82	17	29
E. Estimulo y Apoyo	33,33	66,67	6'38	3	10,52	6	9
F. Coordinación	16,67	83,33	4'25	2	17,54	10	12
Totales	45,19	54,81		47		57	104

*El gráfico 1, muestra los porcentajes de respuesta de cada una de las categorías.*



*Gráfico 1. Porcentajes de respuesta de las categorías en Grupos Focales.*

Observamos que para los dos grupos la categoría con mayor relevancia es la de competencias familiares, con un 25,53 % para las familias y un 29,82 % para los profesionales. Le sigue la categoría del estilo de la información con un 25,53 % y 21,05 % respectivamente. Las familias prefieren el estilo oral y el modelado, frente al escrito de los profesionales. La flexibilidad se encuentra en un punto muy similar para los dos grupos: 17,02% y 15,78 % respectivamente. En la percepción de la comunicación fluida, las familias un 21,27% frente a un 5,26 % de los profesionales. Lo mismo ocurre con la coordinación, que es valorada con un 4,25% por las familias y un 17,54 % en los profesionales.

A continuación presentamos los resultados encontrados en cada categoría con algunos ejemplos de cada una, dados por las familias o los profesionales.

**Estilo de la transmisión de la información:** En esta categoría se analizaron elementos referentes a la manera en que las familias reciben la información (pautas o recomendaciones) de los profesionales. Está directamente relacionada con los factores relacionados con el programa Individual de Atención Temprana y con la relación profesional-Familia. Los estilos que se encontraron en los grupos fueron:

**Oral:** Se presentó en un 33.33% en los dos grupos.

“...a mí, me logopeda me enseña cómo poder hacer que me mire, que me preste atención, me enseña a cómo poder conectar con ella...”

“Yo intento explicar porque doy esa pauta, intento explicar a la familia que doy esa pauta, porque con ello vamos a conseguir tal objetivo.”

**Escrito:** En las familias presente en un 17.0% frente a un 41,76% en los profesionales.

“...me dan escritos unos ejercicios, pues yo los hago aunque a veces me agobio, porque no tenemos tiempo y pienso, esto debería hacerlo un profesional, pero luego digo ¡Jo! Que es mi hijo y las hago...”

**Modelado:** Un 33.33% para las familias y 16.76% los profesionales.

“...nosotros ponemos en práctica las pautas. Entramos en las sesiones y vemos como lo hace la logopeda que es un amor...”

**Interacción en Entornos Naturales:** En las familias un 17,0%, frente a un 8,33%. Los profesionales se desplazan a los domicilios y/o Centros Escolares para realizar seguimientos, dar orientaciones, valorar las posibilidades y necesidades del entorno.

“...nosotros en nuestro caso la logopeda va a casa y allí nos enseña a todos... yo creo que hasta el gato aprende... pero es muy bueno, porque todos sabemos lo que hay que hacer...”

**Flexibilidad y Adaptación:** En esta categoría se analizó la forma en que el profesional es flexible a la hora de dar la información, cómo se ajusta a las diferentes características del niño y su entorno y como las familias lo perciben. Aquí intervienen factores tales como el tipo de patología que presenta el niño, la edad, los niveles socioculturales, idiomas y el tipo de servicio. Estuvo presente en las familias en un 17,02% y en los profesionales 15,78%.

“Yo pienso que a lo largo de los años vas aprendiendo a adaptarte, a ser flexible a las diferentes familias, a la situación a la patología, a la edad y a como cada uno recibe y pone en marcha lo que tu estas trabajando con ellos...”

**Comunicación Fluida:** En esta categoría se analizan elementos referentes a como es la comunicación entre la familia (cuidador principal) y el profesional. Clima de confianza generado en la relación. Respeto mutuo en las interacciones comunicativas y en las relaciones interpersonales, cercanía con el profesional. En las familias se presento el 23.08% mientras que en los profesionales fue de 5.26%.

“...entonces sí que hay una comunicación de padre y profesional, por lo menos en nuestro caso, muy fluida...”

**Competencias Familiares:** Observamos la manera en que la familia y el profesional buscan estrategias de crecimiento personal, buscando puntos de apoyo, fortalezas, creando situaciones de aprendizaje, posibilitando la comunicación con iguales y ayudando a centrar expectativas. Se vincula con los factores relacionados con la familia, entorno y comunidad. Los resultados fueron del 25.53% y 29.82% respectivamente.

“...Es un poco enseñarles a que ellos son competentes y que son capaces aparte de ser padres, también pueden ayudar a sus hijos a madurar...”

**Estimular y Apoyar en la toma de decisiones y en la búsqueda de recursos:** Busca valorar cómo los profesionales estimulan y ayudan a las familias a buscar recursos, a tomar decisiones que afectan a la intervención. Se presentó en 6.38% en las familias y en un 10,52% en los profesionales.

“...nosotros este año nos hubiéramos quedado un niño que iba muy bien, pero hemos visto que en la Alquería iba a ir mejor... pues lo derivamos allí. Coordinación con otros especialistas y/o profesionales: Busca analizar cómo los profesionales se coordinan con otros especialistas para unificar criterios, compartir objetivos e información relevante sobre los niños y su entorno. Estuvo presente en 4,25% en las familias y en un 17,54% en el grupo de profesionales.

“...entonces ahí si tiene que haber una conexión permanente con todo el equipo, porque además hay que decidir que tratamientos hay que aplicar al niño, porque a veces si se hace mal o si se aplican unos antes que otros pueden perjudicar el buen desarrollo del niño...”

### **Discusión**

Los resultados encontrados en las discusiones del grupo focal, nos permiten extraer algunas ideas, que deben ser analizadas. En cuanto al estilo de transmisión de la información las familias prefieren que se les explique y se les demuestre lo que tienen que realizar con sus hijos, ya que esto aumenta su sensación de seguridad a la hora de poner en práctica las pautas. Comentan que de forma escrita les crea sensación de no saber si las hacen bien o mal, mientras que si lo han visto o se los han explicado bien, están más seguros de su actuación. Mientras que para los profesionales el dar las pautas por escrito, les hace sentir que aseguran la realización y comprensión de las actividades planteadas.

En lo que se refiere a las competencias profesionales, pueden ser analizadas dentro del constructo del modelo de intervención familiar, que ve en la capacitación un pilar fundamental de la intervención en AT. Qué tanto padres, como profesionales, la valoren positivamente, nos hace pensar que se está tomando conciencia acerca de la importancia que tiene la interacción entre profesional-familia y que las relaciones que se establecen, marcaran en gran medida el éxito de la intervención. Estos hallazgos concuerdan con los resultados encontrados en el estudio llevado a cabo por Friedlander et al. (2005), en el que apunta los aspectos básicos que intervienen en una relación terapéutica destacando la comunicación entre terapeuta-paciente, la sensación de compartir en propósito de la terapia en familia, la seguridad y la necesidad de sentirse competente e involucrado en la intervención. Por otro lado, las diferencias encontradas en la percepción de la comunicación fluida, afecta directamente a la interacción a la que nos referíamos anteriormente. Esta diferencia de criterios puede deberse a que bien, los padres la vean como un elemento clave en la relación o porque los profesionales consideren que su papel es más de guía clínico y no den un paso más allá en las relaciones.

Las familias valoran muy poco la categoría de estimular y apoyar. Es posible que las familias no perciban el apoyo y el estímulo para la toma de decisiones porque aún no se han visto enfrentadas a situaciones que les exija tomar una decisión trascendental con respecto al futuro de sus hijos o que no se valore de manera aislada, sino que la incluyan dentro del proceso de comunicación fluida, que es muy importante para ellas.

En cuanto a la coordinación, el resultado encontrado, se puede deber a no estar lo suficientemente informados de las acciones de coordinación llevadas a cabo por su terapeuta o a que no perciban la importancia de la misma. De todas maneras, es recomendable dar a los padres, más feedback acerca de la importancia de llevar a cabo estas acciones, para que ellos se acostumbren a ejecutarlas o a solicitarlas. Cabe resaltar que trabajar con un equipo altamente coordinado, que maneja la misma información, asegura la adhesión, ya que los familiares siempre van a recibir el mismo tipo de mensaje por parte de todo el equipo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Castellanos, P., García Sánchez, F.A., Mendieta, P., Gómez López, L. y Rico, M.D. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del Terapeutatutor del niño con necesidades de Atención Temprana. Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 34, 5-18.

Chao P. et al. (2006). Family-Centered Intervention for Young Children at-risk for Language and Behavior Problems. Childhood Education Journal, (34) 2.

D'Anello K. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. (15) 1.

De Civita, M., Dobkin, P. (2005). Pediatric Adherence: Conceptual and Methodological Considerations. Children's Health Care, 34(1), 19-34.

Díez, A. (2008). Evolución del proceso de Atención Temprana a partir de la triada profesional-familia-niño. Revista Síndrome de Down, 25, 46-55.

Friedlander ML., Escudero V., Heatherington L., Deihl L., Field N., Lehman P, et. al. (2005). Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o) Manual de Entrenamiento.

Grupo de Atención Temprana (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real patronato para la Discapacidad.

Grupo de Atención Temprana (2005). Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Hernández, J.L, et. al. (2009). Adherencia Terapéutica. Generalidades. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, (9)1.

Lillo, M.C. (2008). Adherencia de los padres de niños con discapacidad motriz a los programas domiciliarios de fisioterapia en atención temprana: magnitud y factores asociados. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia

Martín, A. (2004). La investigación de la Adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. Psicología y Salud. (14) 1, 89-99

Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la Acción. OMS.

Perpiñan, S. (2009). Atención Temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes. Madrid. Narcea.

# LIBRO de ACTAS

# XXVIII CONGRESO INTERNACIONAL AELFA

**Logopedia UCM**

*Homenaje a Enrique Salesa*

Madrid, 5, 6 y 7 de Julio 2012

*I+D+i+Profesion*

*Patrocinado por:*



<b>CONFERENCIA INAUGURAL.....</b>	<b>6</b>
<i>Laura Bosch (Universidad de Barcelona)</i> <i>Indicadores tempranos de riesgo en el desarrollo del lenguaje.</i>	
<b>CONFERENCIA DE CLAUSURA.....</b>	<b>16</b>
<i>D. Enrique Salesa Batlle (licenciado en Ciencias Físicas; Presidente de Honor de AELFA)</i> <i>Avances importantes de la Audiología actual. Previsión de futuro</i>	
<b>SIMPOSIO I.....</b>	<b>21</b>
<i>Trastorno Específico del Lenguaje</i> <i>Moderador: Carlos Gallego (Universidad Complutense de Madrid: UCM)</i>	
<b>SIMPOSIO II.....</b>	<b>55</b>
<i>La memoria y el lenguaje en el envejecimiento normal y patológico</i> <i>Moderador: José M<sup>a</sup> Ruiz Sánchez de León (UCM).</i>	
<b>MESA REDONDA.....</b>	<b>84</b>
<i>La Logopedia en Europa. El proyecto NetQues</i> <i>Moderadora: Lidia Rodríguez (Universidad de Castilla – La Mancha).</i>	
<b>SIMPOSIO III.....</b>	<b>101</b>
<i>Avances en el tratamiento de los trastornos de la voz: Logopedia y ORL</i> <i>Moderadora: M<sup>a</sup> Teresa Schüller (UCM).</i>	
<b>SIMPOSIO IV.....</b>	<b>127</b>
<i>Dislexia: desde la teoría a la intervención</i> <i>Moderador: Javier Sainz (UCM).</i>	
<b>MESA REDONDA.....</b>	<b>170</b>
<i>Intervención logopédica en los trastornos de la deglución</i> <i>Moderadora: Mónica Bartuilli (UCM).</i>	
<b>SIMPOSIO V.....</b>	<b>193</b>
<i>Logopedia en el daño cerebral adquirido</i> <i>Moderador: José Antonio Periañez (UCM)</i>	

<b>COMUNICACIONES A.....</b>	<b>208</b>
<i>Audiología, hipoacusias, voz, trastornos orofaciales</i>	
<b>COMUNICACIONES B.....</b>	<b>249</b>
<i>Dislexia y trastornos del aprendizaje</i>	
<b>COMUNICACIONES C.....</b>	<b>289</b>
<i>Lenguaje y envejecimiento, otros, Psicolingüística, Neurolingüística, recursos tecnológicos, daño cerebral</i>	
<b>COMUNICACIONES D.....</b>	<b>375</b>
<i>Evaluación y diagnóstico</i>	
<b>COMUNICACIONES E.....</b>	<b>424</b>
<i>TEL, retraso del lenguaje</i>	
<b>CASOS CLÍNICOS.....</b>	<b>504</b>
<b>SESIÓN DE PÓSTERES I.....</b>	<b>556</b>
<i>Lenguaje y envejecimiento, TEL y retraso del lenguaje, Psicolingüística y Neurolingüística, daño cerebral adquirido</i>	
<b>SESIÓN DE PÓSTERES II.....</b>	<b>570</b>
<i>Voz, evaluación y diagnóstico, trastornos orofaciales</i>	
<b>SESIÓN DE PÓSTERES III.....</b>	<b>589</b>
<i>Otros, recursos tecnológicos en Logopedia</i>	

## COMITÉ DE HONOR

### Presidencia

- S. M. La Reina Dña. Sofía de Grecia

### Miembros

- Excma. Sra. Dña. Ana Mato Adrover  
Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- Excma. Sra. Dña. Esperanza Aguirre Gil de Biedma  
Presidenta de la Comunidad de Madrid
- Excma. Sra. Dña. Ana María Botella Serrano  
Alcaldesa de Madrid
- Excmo. y Mgfco. Sr. Don José Carrillo Menéndez  
Rector de la Universidad Complutense de Madrid
- Ilmo. Sr. Don José Luis Álvarez-Sala Walther  
Decano de la Facultad de Medicina de la UCM
- Ilmo. Sr. Don Enrique Pacheco del Cerro  
Director de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la UCM

## COMITÉ ORGANIZADOR

### Presidencia

- Carlos Gallego
- Víctor Acosta

### Secretario

- Ramón López-Higes

### Vocales

- José Antonio Periañez
- M<sup>a</sup> Teresa Schüller
- Guzmán Pisón
- Laura Vivas
- Carmen Abascal
- Carmen Suria
- Alicia Fernández Zúñiga
- Carmen Cabezas
- Pilar Revilla
- Natalia Melle
- Silvia Nieva
- Elvira Mendoza
- Miguel Puyuelo
- Lidia Rodríguez
- Salvador Jiménez
- Mónica Bartuilli
- M<sup>a</sup> Teresa Martín Aragonese
- Nara Pérez Naranjo
- Elsa Rodríguez Tadeo
- Belén Santiago
- Claustre Cardona

## COMITÉ CIENTÍFICO

- Carlos Gallego
- Gerardo Aguado
- Luis Martínez
- Miguel Puyuelo
- Onésimo Juncos
- David del Río
- Miguel Lázaro
- Sonia Mariscal
- Ramón López-Higes
- Elvira Mendoza
- Susana López Ornat
- Josep María Vila
- Fernando Maestú
- Helena Bascuñana
- Belén Santiago
- Anna Civit
- Víctor Acosta
- Javier Sainz
- Pablo Gil Loyzaga
- Aurora Suengas
- José M<sup>a</sup> Ruiz Sánchez de León
- José Francisco Cervera
- Gloria Carballo
- Enrique Salesa

## SECRETARÍA TÉCNICA

• atlantacongress  
Bárbara de Braganza, 12. 28004 Madrid  
Tel. 91 310 43 76  
Fax 91 319 53 22  
congressmad@atlanta.es / www.atlanta.es



patrocinan



**XXVIII**  
CONGRESO  
INTERNACIONAL  
**AELFA**

ISBN: 84-695-3850-0



978-84-695-3850-0